

RICHIESTA ATTIVAZIONE POLIZZA “DANNI VEICOLO PROPRIO”

Il sottoscritto _____ in qualità di:

Dipendente **medico incaricato della continuità assistenziale**

diverso personale specificamente autorizzato _____

(specificare)

della Azienda Sanitaria di Potenza, **preventivamente autorizzato** all'utilizzo del proprio veicolo per missione / adempimento di servizio fuori dall'ufficio o sede di lavoro, per il seguente motivo:

(specificare)

_____ il giorno _____ con partenza da _____ alle ore _____ e destinazione _____ per totali Km. _____,

chiede l'attivazione della polizza “Danni veicolo proprio”.

A tale fine, a conoscenza delle sanzioni penali previste dalla legge, in caso di dichiarazione/i mendace/i,

dichiara, sotto la propria responsabilità

- **che** il proprio veicolo, targato _____ marca _____ modello _____ ha subito danni nel tragitto indicato in premessa.

A questo proposito specifica di seguito le circostanze dettagliate dell'incidente: *(compreso la presenza di eventuali testimoni, Pubblici Ufficiali ed ogni altro elemento utile alla migliore ricostruzione dell'accaduto)*

_____ ed i danni subiti dal veicolo: _____

- **che** il veicolo danneggiato è disponibile per le perizie di rito presso _____, previo appuntamento telefonico al n. _____

Barrare alternativamente

che nessuno degli occupanti il veicolo danneggiato, compreso il/la sottoscritto/a ha subito infortuni

che i signori _____ che viaggiavano sul mezzo danneggiato, con regolare autorizzazione, hanno subito infortuni ed a tal proposito allega la richiesta di attivazione della collegata polizza Infortuni, debitamente compilata, per i seguiti di competenza *(per ognuno degli infortunati)*

- **di** aver preso visione delle condizioni di assicurazione (Danno veicolo proprio ed eventualmente Infortuni) depositate presso l'Ufficio competente della ASP..

_____, _____
Luogo data

Firma _____
(leggibile e per esteso)

Allega i seguenti documenti:

copia documento di identità del dichiarante (in ogni caso)

() preventivo di spesa

() _____

compilare sul retro a cura del Dirigente responsabile

