



RICHIESTA ATTIVAZIONE POLIZZA "MISSIONI - DANNI VEICOLO PROPRIO"

Il sottoscritto _____ in qualità di (barrare):

- ☐ Dipendente ☐ Medico del ruolo unico di assistenza primaria con attività su base oraria ☐ Dirigenti amministrativi
☐ 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, come di seguito specificato:

motivo: _____

il giorno _____ percorso _____ 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.
- le circostanze dettagliate dell'incidente: *(compreso la presenza di eventuali testimoni, Pubblici Ufficiali ed ogni altro elemento utile alla migliore ricostruzione dell'accaduto)*

- che i danni subiti dal veicolo sono: _____
- che il veicolo danneggiato è disponibile per le perizie di rito previo appuntamento telefonico al n. _____
- che *(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.

Preso atto che, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. l'Azienda Sanitaria di Potenza procederà al trattamento dei dati da me forniti nel rispetto della normativa in materia di privacy ed acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del suddetto D.Lgs. 106/2003, esprimo il mio consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili

_____, _____
Luogo data

Firma _____
(leggibile e per esteso)

Allega i seguenti documenti:

NECESSARI	SE DISPONIBILI
• copia patente di guida del conducente • copia carta di circolazione del veicolo • documentazione fotografica che evidenzi il luogo, i danni e la targa del veicolo • codice fiscale del proprietario del veicolo, se diverso dal conducente	• verbali Autorità competenti • copia preventivo di spese per le riparazioni • dichiarazioni testimoniali, con doc. identità dichiaranti

compilare sul retro a cura del Dirigente responsabile



DICHIARAZIONI A CURA DEL DIRIGENTE RESPONSABILE
(in caso di carenza delle informazioni richieste la pratica NON potrà essere evasa)

Il sottoscritto _____ in qualità di Dirigente Responsabile del Servizio _____ della Azienda Sanitaria di Potenza,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che il Sig./Dr. _____, in qualità di: ☐ **Dipendente**

☐ **Medico del ruolo unico di assistenza primaria con attività su base oraria** ☐ **Dirigente amministrativo**

☐ **Diverso personale specificamente autorizzato** (specificare) _____

* è stato autorizzato a servirsi del proprio veicolo per missione / adempimento di servizio fuori dall'ufficio:

_____ (motivi)

_____ (giorno)

_____ (tragitto)

* e che la *relativa percorrenza, pari a km* _____ *è formalmente registrata tra le evidenze della ASP.*

Da compilare solo in caso di Infortuni agli occupanti il veicolo utilizzato per la missione / adempimento di servizio fuori dall'ufficio:

Ai fini dell'attivazione della polizza Infortuni dichiara altresì che i Sig.ri/Dr. _____
_____ erano stati preventivamente autorizzati da
_____ a viaggiare sul veicolo danneggiato per i seguenti motivi:

Eventuali note aggiuntive:

In fede

_____, _____
Luogo data

Firma del Dirigente _____
(leggibile e per esteso)