



COMUNE DI FONTE NUOVA
Città Metropolitana di Roma Capitale
Via N. Machiavelli, 1
Tel. 06905522530 – 06905522443 – 06905522535

RICHIESTA RISARCIMENTO DANNI

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente in _____ Via/Piazza _____

Documento: **Carta d'Identità N°** _____

rilasciato da _____ il _____

Tel. _____ e-mail _____

PEC _____

Luogo dell'incidente:

Via/Piazza _____ civico _____

Data _____ Ora _____

Veicolo: ☐ Ciclomotore ☐ Motociclo ☐ Autovettura ☐ Autocarro

Marca e Modello _____ Targa _____

Proprietario _____

Il sinistro è stato accertato da: Polizia Locale / Carabinieri / _____

Fonte Nuova li, _____

Firma _____

Alla richiesta allegare:

- ☐ Dichiarazione dinamica del sinistro;
- ☐ Copia Documento d'identità del richiedente;
- ☐ Verbale di accertamento del sinistro;
- ☐ Documentazione Fotografica danno e luogo del sinistro;
- ☐ Fattura riparazione danno;
- ☐ Eventuali referti medici di Pronto Soccorso o documentazione medica;
- ☐ Eventuali dichiarazioni di testimoni con allegato documento di identità.



This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.