

SEGNALAZIONE INFERMITA' DOVUTA A FATTO ILLECITO DI TERZI

Data _____

Al Comune di San Benedetto del Tronto
Ufficio Direzione e Amministrazione del
Personale

Il/La sottoscritto/a _____,

nato/a a _____ (____), il _____

residente a _____, via _____, n. _____

Codice fiscale _____, dipendente di codesta rispettabile Amministrazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 – nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, e di quanto previsto dagli artt. 71 e 75 - a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione,

DICHIARA

di essere rimasto/a assente dal servizio dal _____ al _____ per fatto illecito cagionato da terzo;

di fornire, ai fini di eventuale azione di rivalsa, i dati sotto riportati:

1. DATI VEICOLO A BORDO DEL QUALE IL/LA SOTTOSCRITTO/A SI TROVAVA AL MOMENTO DEL SINISTRO COME CONDUCENTE O TERZO TRASPORTATO (da compilare in caso di incidente stradale)

Marca _____ targa _____

Proprietario _____ residente a _____

Via _____ n. _____ tel _____

Conducente (da indicare se diverso dal proprietario) _____

Cognome e nome _____

Codice fiscale _____

Residente a _____ Via _____ n. ___ tel _____

assicurazione _____ agenzia di _____

sita in via _____ n. _____ tel _____

n. polizza _____

2. DATI TERZO RESPONSABILE IN CASO DI INCIDENTE STRADALE

Cognome e nome _____

Residente a _____ Via _____ n. ___ tel _____

Marca del veicolo condotto o a bordo del quale si trovava come terzo trasportato

_____ targa _____ proprietario _____

residente a _____ Via _____ n. _____ tel _____

conducente (da indicare se diverso dal proprietario) _____

residente a _____ Via _____ n. _____ tel _____

assicurazione _____ agenzia di _____

sita in via _____ n. _____ tel _____

n. polizza _____

3. DATI TERZO RESPONSABILE IN CASO DI ALTRI FATTI ILLECITI

Cognome e nome _____

Residente a _____ Via _____ n. ___ tel _____

Eventuale impresa assicuratrice per la responsabilità civile _____

agenzia di _____ sita in via _____ n. _____

tel _____ n. polizza _____

4. DINAMICA DEL SINISTRO O ALTRO FATTO ILLECITO (con specificazione del luogo dove è avvenuto)

Il giorno _____ alle ore _____ circa,

5. TESTIMONI DEL SINISTRO O ALTRO FATTO ILLECITO (indicare cognome,

nome e domicilio)

6. ALTRE NOTIZIE UTILI

Il/la sottoscritto/a si impegna a versare all'Amministrazione eventuali somme percepite dal terzo responsabile o dalla sua assicurazione a titolo di mancato guadagno, fino a concorrenza del trattamento retributivo corrisposto in costanza dell'assenza per infermità, compresi i relativi oneri riflessi.

DATA _____ FIRMA _____

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000, la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto o trasmessa all'ufficio competente a mezzo raccomandata o direttamente all'ufficio Protocollo, via e-mail o pec, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e per gli eventuali successivi adempimenti di competenza e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per tali scopi.

DATA _____ FIRMA _____