

ATTO DI DELEGA PER RICHIESTA COPIA SINISTRO STRADALE

Il/la Sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____ e
residente in via/P.zza _____ n. _____ Recapito telefonico cell.
(facoltativo) _____ e-mail _____ in qualità di coinvolto, proprietario,
Responsabile ufficio sinistri della compagnia assicurativa
ovvero _____

DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ il _____ e
residente in via/P.zza _____ n. _____ Recapito telefonico cell. (facoltativo)
_____ e-mail _____

A RITIRARE PER SUO CONTO

-Copia del rapporto del sinistro stradale oltre rilievi ove presenti in formato pdf

Relativi al Sinistro occorso in data _____ del veicolo targato _____

Allegati: Copia documento identità del delegante (con esclusione in caso di domanda prodotta dalla compagnia assicuratrice)

Copia documento identità del delegato (allegare sempre)

INFORMATIVA PRIVACY (GDPR – Reg. U.E. 679/2016) – Si rende noto che i dati da Lei forniti con la presente istanza verranno trattati esclusivamente per la valutazione dei presupposti previsti dal D.P.R., 12/04/2006 n. 184, G.U. 18/05/2006; nel caso in cui le informazioni richieste ai sensi della norma citata fossero incomplete, l'amministrazione non è tenuta a dar seguito al procedimento. I dati NON saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno diffusi a terzi soggetti. Il Responsabile del trattamento dei dati è il Comandante della Polizia Municipale. La sottoscrizione del presente modulo autorizza il trattamento dei dati personali con le finalità sopra esposte.

Il delegante

(firma per esteso e leggibile)

Il delegato/a _____

(firma per esteso e leggibile)