



AL COMANDO DI POLIZIA LOCALE di CASTELNUOVO DI PORTO

e-mail: protocollo@comune.castelnuovodiporto.rm.it

p.e.c.: polizia-locale@pec.comune.castelnuovodiporto.rm.it

Oggetto: RICHIESTA COPIA DI RAPPORTO DI INCIDENTE STRADALE

Il sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ e residente a _____ in

Via _____, telefono _____,

in qualità di: ☐ coinvolto nel sinistro ☐ parte assicurativa/legale,

relativamente all'incidente stradale avvenuto in Via _____

In data _____ con coinvolgimento dei seguenti soggetti:

_____ e/o

veicoli, targati _____

CHIEDE

Ai sensi dell'art.11, comma 4, del D.Lgs. 30 aprile 1992, n° 285 di:

☐ di prendere visione degli atti relativi all'incidente stradale verificatosi nei luoghi e in data di cui sopra;

☐ di ottenere il rilascio di copia autentica degli atti relativi all'incidente stradale verificatosi nei luoghi e in data di cui sopra;

☐ che lo stesso sia recapitato via e-mail o p.e.c.

all'indirizzo: _____

A tale scopo allega ricevuta di pagamento di Euro 20,00 da effettuarsi tramite Iban

IT04 O 0760 1032 000000 6255 8002 o c.c. postale 62558002 intestati a Comune di

Castelnuovo di Porto - Polizia Locale.

Data _____

Il Richiedente

TEMPISTICHE PER IL RILASCIO: - 30 gg dalla presente per incidenti senza feriti

- 120 gg dalla presente per incidenti con feriti