



**CROCE ROSSA ITALIANA**  
**COMITATO PROVINCIALE DI MILANO**  
**UFFICIO PROVINCIALE MOTORIZZAZIONE E SINISTRI U.P.M.S.**  
Via M. Pucci, 7 20145 – Milano - Tel. 0233129215 Fax 0233129263  
E-mail: upms@crimilano.org

**MODULO PER DICHIARAZIONE DI SINISTRO**

Il presente modulo deve essere **custodito e compilato in tutte le sue parti unicamente in sede**, dopo avere raccolto i dati necessari sul posto con l'apposito "modello semplificato raccolta dati" in dotazione al veicolo. **Per nessun motivo ed in nessun caso possono essere utilizzati i moduli di constatazione amichevole (C.I.D.) forniti dalle assicurazioni.**

**Unità di appartenenza:**.....

**Conducente CRI:** Cognome.....Nome .....**Ferito?**  SI  NO

Residente Città:.....Prov:.....Via.....Tel.....

Dip.  Militare  V.d.S.  O.d.C.  Pioniere  II.VV.  Medico  Altro.....

**In possesso di patente mod. 138/93 di categoria** A – B – Be - C – D – E (barrare la categoria posseduta)

**patente n°.....rilasciata il:.....dalla CRI di.....valevole fino al.....**

**Veicolo CRI** Targa:..... Sigla Radio: .....Marca:.....Modello:.....

Amb.  Vettura  Furgone  Autocarro  Rimorchio  Pulmino  Motoveicolo  Altro.....

**Altre persone a bordo appartenenti alla CRI (oltre l'autista):**

Cognome ..... Nome.....**Ferito?**  SI  NO

Dip.  Militare  V.d.S.  O.d.C.  Pioniere  II.VV.  Medico  Altro.....

Cognome ..... Nome.....**Ferito?**  SI  NO

Dip.  Militare  V.d.S.  O.d.C.  Pioniere  II.VV.  Medico  Altro.....

Cognome ..... Nome.....**Ferito?**  SI  NO

Dip.  Militare  V.d.S.  O.d.C.  Pioniere  II.VV.  Medico  Altro.....

**Il veicolo CRI era in emergenza?:**  SI  NO

**A bordo del veicolo CRI erano presenti altre persone NON appartenenti alla CRI?:**  SI  NO

(pazienti, accompagnatori, parenti, sanitari ecc.)

Cognome ..... Nome.....**Ferito?**  SI  NO

Città:.....Prov:.....Via.....Tel.....

Cognome ..... Nome.....**Ferito?**  SI  NO

Città:.....Prov:.....Via.....Tel.....

**DATA E LUOGO DEL SINISTRO**

**DATA:**.....**ORA:**.....

**COMUNE:**.....**PROVINCIA:**.....

**LOCALITA' (via, p.za ecc.)**.....

**CONTROPARTE**

**TARGA:**.....**Marca:**.....**Modello**.....

**Assicurazione:**.....**Ag:**.....**Polizza n°:**.....

**Proprietario del Veicolo:**

Cognome:.....Nome.....Ferito?  SI  NO

Città:.....Prov:.....Via:.....Tel.....

**Conducente:** (Se diverso dal proprietario)

Cognome:.....Nome.....Ferito?  SI  NO

Città:.....Prov:.....Via:.....Tel.....

**Sono intervenute Autorità? :**  SI  NO **Se si specificare chi ha effettuato i rilievi:**

Vigili Urbani  Polizia Stradale  Carabinieri  Altro.....

Pattuglia:.....Tel.....

**Sono state elevate contravvenzioni?**  SI  NO  NON SO

Se SI specificare il tipo di violazione e se contestata al conducente CRI o alla controparte.....

**TESTIMONI:**

**1° TESTE:**

Cognome:.....Nome.....

Città:.....Prov:.....Via.....Tel.....

**2° TESTE:**

Cognome:.....Nome.....

Città:.....Prov:.....Via.....Tel.....

**3° TESTE:**

Cognome:.....Nome.....

Città:.....Prov:.....Via.....Tel.....



