

OGGETTO: Richiesta copia “Rapporto di incidente stradale”.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
in data _____ residente a _____
in via/piazza _____, recapito telefonico _____
codice fiscale e/o P.IVA _____ e-mail _____

in qualità di:

- persona coinvolta quale: conducente proprietario trasportato pedone erede
- delegato della persona coinvolta (*compilare delega ed allegare copia della carta d'identità del delegante o delega prodotta su carta intestata della società, ditta, studio ecc.*)
- incaricato della compagnia di assicurazioni _____
(*allegare delega su carta intestata della compagnia di assicurazioni*)
- contraente della copertura assicurativa R.C. del veicolo coinvolto nel sinistro, targato _____

CHIEDE

copia del “Rapporto di incidente stradale” verificatosi nel Comune di Gallarate in data _____
in via/piazza _____ targa veicolo _____.

con invio digitale alla sopra indicata e-mail o Pec _____.

Il rilascio del Rapporto di Incidente Stradale richiesto è soggetto alle tariffe, sotto elencate:
(*ai sensi della deliberazione di Giunta Comunale annuale di approvazione delle tariffe*)

INDICARE COSA SI VUOLE RICEVERE

- | | | |
|--------------------------|--------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Rapporto di incidente stradale | € 70,00 |
| <input type="checkbox"/> | Fascicolo rilievi fotografici | € 40,00 |

Si impegna inoltre a consegnare Il **nulla-osta** della Procura della Repubblica di Busto Arsizio, ove richiesto (ad esempio in caso di accertamento di reato, incidente mortale o altro caso che verrà indicato dalla Polizia Locale), in momento precedente a quello in cui sarà fornito il rapporto.

Il versamento dovrà essere effettuato mediante il circuito **PagoPA**, accedendo al seguente indirizzo
<https://gallarate-online.e-pal.it/PagamentiOnLine/pagamentiSpontanei/openServizioSpontaneo/26>

oppure collegandosi al sito ufficiale del Comune di Gallarate, scegliendo le opzioni ivi indicate.
Inserendo i propri dati personali e di pagamento, sarà possibile il pagamento diretto o la stampa dell'avviso pagabile presso gli sportelli di Poste Italiane e presso gli altri esercizi convenzionati identificabili con il logo PAGOPA o ATM Bancomat abilitati (utilizzare come casuale ZTL e copie rapporti Polizia Locale).

Eventuali chiarimenti possono essere richiesti alla casella mail ragioneria@comune.gallarate.va.it.

Il rilascio del Rapporto verrà effettuato entro 30 giorni dalla ricezione dell'avvenuto pagamento della tariffa prevista e dell'eventuale Nulla Osta della Procura di Busto Arsizio ove previsto.

Data _____ Firma del richiedente _____

In applicazione degli articoli da 12 a 15 e 22 del Regolamento dell'Unione Europea 2016/679, del D.Lgs. 196/2003 e del D.Lgs. 101/2018 si informano gli interessati relativamente ai dati personali trattati.

Titolare del trattamento dati: Comune di Gallarate – Via Verdi, 2 – 21013 Gallarate (VA) – posta elettronica certificata: protocollo@pec.comune.gallarate.va.it – tel 0331.754111. Responsabile protezione dati personali: contattabile alla mail ordinaria responsabilepdp@comune.gallarate.va.it. I dati, provenienti da qualsiasi fonte, sono trattati per il soddisfacimento dei compiti istituzionali del Comune di Gallarate anche su richiesta dell'interessato/a e/o di terzi e nell'ambito delle previsioni normative che disciplinano l'attività comunale. I destinatari dei dati personali sono il Comune di Gallarate e gli altri soggetti, di norma operanti sul territorio nazionale, identificati dalle previsioni normative che disciplinano l'attività per la quale i dati sono trattati. I dati personali sono conservati in ogni formato e per il periodo consentito dalle norme che disciplinano l'attività per la quale i dati sono trattati. L'interessato/a ha diritto a richiedere al titolare del trattamento l'accesso ai propri dati, la rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione al trattamento e portabilità nei limiti delle previsioni normative e a proporre reclamo a un'autorità di controllo.

MODULO DA COMPILARE PER EVENTUALE DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente in via _____ CAP _____ Città _____
Codice Fiscale _____
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il _____

DELEGA

il/la sig./sig.ra _____ nato/a _____ il _____
residente in via _____ CAP _____ Città _____
Codice Fiscale _____
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il _____
_____ **al ritiro/ricezione del rapporto di incidente stradale che mi ha visto coinvolto**

Luogo e Data
Firma Delegante

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante

SPAZIO RISERVATO AL COMANDO DI POLIZIA LOCALE

Ricevuta richiesta di rilascio R.I. in data _____ Prot. n. _____

Inviato bollettino di pagamento in data _____ Prot. n. _____

Effettuato pagamento in data _____ Prot. n. _____

Trasmesso Rapporto Incidente in data _____ Prot. n. _____

cartaceo pec e-mail fax Introito

Referenti per contatti:

- Assistente Esp. Introini Stefano – Tel. 0331-285952

e-mail stefanointroini@comune.gallarate.va.it

- Assistente Sc. Vella Domenico – Tel. 0331-285925

e-mail domenicovella@comune.gallarate.va.it