



**AL CORPO DI POLIZIA LOCALE
DI CAVALLINO - TREPORTI
Ufficio Infortunistica
P.za S.M. Elisabetta, n° 14
30013 CAVALLINO – TREPORTI (VE)**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
e residente a _____ in via _____ n. _____
tel. _____ in qualità di:

conducente del veicolo _____ targato _____

passeggero del veicolo _____ targato _____

pedone

incaricato dalla Soc. di Ass.ni _____ Ag. di _____ presso la quale è
assicurato il veicolo _____ targato _____

studio legale _____ in nome e per conto di _____

(se il richiedente è diverso dai soggetti interessati o direttamente legittimati, deve essere munito di atto di delega autenticato)

- C H I E D E -

Di estrarre copia SEMPLICE AUTENTICA delle informazioni acquisite da codesto
Organo di Polizia Giudiziaria, relativamente alle modalità dell'incidente stradale avvenuto verso le
ore _____ del _____, in località _____,
a norma del combinato disposto dell'art. 11, comma 4 del vigente Codice della Strada e dell'art. 21,
comma 3, 4, 5 o 6 del Regolamento dello stesso Codice, per i seguente motivo: _____

data _____

firma _____

DICHIARA

che non ha presentato querela o ricorso immediato al Giudice di Pace ex art. 21 Legge 274/2000.

data _____

firma _____

DELEGA

Il/la signor/a _____ nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in via _____ n. _____

ad acquisire gli atti del suddetto incidente dalla Polizia Locale di Cavallino - Treporti .

data _____

firma _____

RISERVATO ALL'UFFICIO:

SI AUTORIZZA: Il Responsabile del Procedimento
C.te Dario TUSSETTO

Costi di riproduzione: Euro__
(N° __ A4 € – N° __ A3 €)

RICHIESTA EVASA IL _____

Costi di visura: €
Totale €

PER RICEVUTA: _____