

RICHIESTA DANNI CAUSATI DA INCENDIO

Al Comune di GAGLIANO CASTELFERRATO

Il/La sottoscritto/a

Nome *

Cognome*

Nato/a il*

a*

Residente a*

Via*

CF*

Tel

e-mail

I campi contrassegnati da asterisco sono obbligatori

DICHIARA

(dettagliata descrizione dell'evento che ha determinato il danno di cui si chiede il risarcimento specificando data, ora e luogo e se sono intervenute forze dell'ordine)

CHIEDE

pertanto, il risarcimento per i danni subiti nella circostanza sopra esposta. (allegare eventuale documentazione fotografica e/o medica)

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso atto dell'informativa di cui Prot.31416/DG/DRPC Sicilia del 18.6.2018 e avente ad oggetto: "*Modalità di segnalazione criticità o eventi avversi territoriali*", pubblicata sul link ove è reperibile la presente modulistica e di acconsentire al trattamento dei propri dati personali e/o particolari per la definizione della presente pratica assicurativa.

Data _____

Firma _____