

Le informazioni contenute in questo facsimile sono riservate e per uso esclusivo del destinatario. Persone diverse dallo stesso non possono copiare o consegnare il facsimile a terzi. Chiunque riceva questo facsimile per errore è pregato di informarci chiamando il seguente numero: 099/7356261.

TRASMISSIONE FAX

Taranto li, 19/01/2009

DA: A.M.A.T. S.p.a. Ufficio Sinistri
Tel. e Fax 099/7356261

A:

Spett.le **NATIONALE SUISSE ASSICURAZIONI - AGENZIA DI TARANTO**
BI.BA.ASS. S.n.c. di Antonio Bisanti e Valerio Basta
Via Nitti, 45/A - 74100 TARANTO
FAX 099/4534246

A:

Spett.le **IACOBINO INSURANCE BROKERS SRL**
VIA CAVOUR, 30 - 74100 TARANTO
FAX 099/4533553

OGGETTO: SINISTRO DEL 14/01/2009 A POL. N.23461877
AMAT SPA (CA352RJ) / QUERO (BY797AB)
NS. RIF. 021/NS/09

VI ANTICIPIAMO VIA FAX LA DENUNCIA DI SINISTRO INDICATO IN OGGETTO.

SEGUE TRASMISSIONE DELLA COPIA ORIGINALE.

DISTINTI SALUTI.

UFFICIO SINISTRI

N° pagine inclusa la presente: 3

RAPPORTO TX

19 GEN. 2009 12:56

LOGO : UFF. SINISTRI AMAT SPA
FAX NO. : 0997356261

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00994534246	19 GEN. 12:55	01'00	TX	03	OK

RAPPORTO TX

19 GEN. 2009 12:57

LOGO : UFF. SINISTRI AMAT SPA
FAX NO. : 0997356261

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00994533553	19 GEN. 12:56	00'39	TX	03	OK

DENUNCIA DI SINISTRO STRADALE

N° SINISTRO	DATA SINISTRO	ORA	MODALITA' APERTURA
021/NS/09	14/01/2009	21.10	DENUNCIA AGENTE
LINEA	LUOGO IN CUI E' ACCADUTO IL SINISTRO		ANGOLO
4	STATTE (TA) - CORSO VITTORIO EMANUELE		
DIREZIONE		N° SOCIALE	TARGA AUTOBUS
STATTE (TA) - PORTO MERCANTILE		479	CA 352 RJ
MATR. AGENTE	COGNOME	NOME	QUALIFICA
105650	BASILE	ANDREA	CONDUCENTE DI LINEA
COMUNE DI NASCITA	DATA DI NASCITA	DATA ASSUNZIONE	COMUNE DI RESIDENZA
TARANTO	08/09/1969	11/10/2005	LEPORANO
			C.A.P.
			74020
DOMICILIO	TIPO PATENTE	N° PATENTE	RILASCIATA A
VIA VIVALDI N. 112/B	D	TA 5013555K	TARANTO
		DATA RILASCIO	SCADENZA PATENTE
		31/07/96	06/03/2012
COMPAGNIA ASSICURATRICE A.M.A.T.		COMPAGNIA ASSICURATRICE KASKO AGENTE	
NATIONALE SUISSE			

DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 1° VEICOLO

MARCA	MODELLO	TARGA	PROPRIETARIO	COMUNE DI RESIDENZA
FIAT	PUNTO	BY 797 AB	QUERO GIOVANNI 3283764379	STATTE (TA)
VIA / PIAZZA,			COMPAGNIA ASSICURATRICE	
VIA ALBINONI, 42			NUOVA TIRRENA	
CONDUCENTE (SE DIVERSO DA PROPRIETARIO) VIA / PIAZZA				COMUNE DI RESIDENZA

1° DANNEGGIATO	NATURA DEL DANNO
2° DANNEGGIATO	NATURA DEL DANNO

DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 2° VEICOLO

MARCA	MODELLO	TARGA	PROPRIETARIO	RESIDENZA
DOMICILIO	COMPAGNIA ASSICURATRICE	IMPORTO DANNI	LIQUIDATORE	
3° DANNEGGIATO	NATURA DEL DANNO			
4° DANNEGGIATO	NATURA DEL DANNO			

AUTORITA' INTERVENUTA	
-----------------------	--

TESTIMONI

--

RESPONSABILITA' DESUNTA DALL'UFFICIO

SINISTRO PASSIVO

☐ VALIDAZIONE DELLA DIREZIONE

RESPONSABILITA' ACCERTATA IN VIA DEFINITIVA % COLPA CONDUCENTE

N° SINISTRO

021/NS/09



Azienda per la Mobilità nell'Area di Taranto

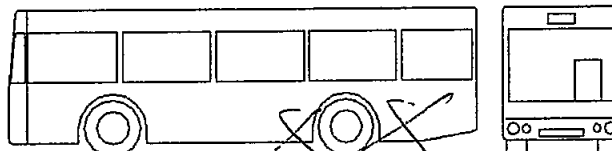
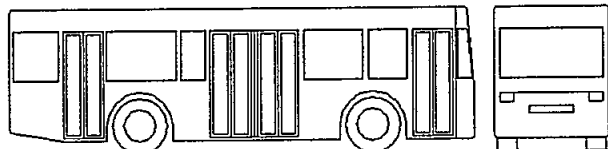
DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

Vista laterale destra

Vista posteriore

Vista laterale sinistra

Vista anteriore



DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALL'AUTOBUS

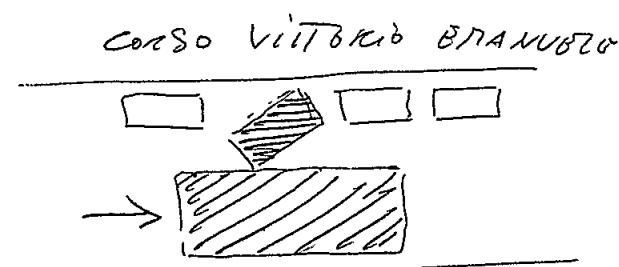
IL LIEVE URTO E' AVVENUTO IN CORRISPONDENZA DEL FIANCO POSTERIORE SINISTRO

DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALLA CONTROPARTE

GRAFFIO SULLO SPIGOLO DESTRO DEL PARAURTI POSTERIORE

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

MENTRE PERCORREVO CORSO VITTORIO EMANUELE (STATTE), IN DIREZIONE TARANTO, STRISCIAMO CON IL LATO POSTERIORE SINISTRO DEL BUS IL LATO DESTRO DEL PARAURTI POSTERIORE DI UN'AUTOVETTURA FIAT PUNTO IN SOSTA FUORI SAGOMA SUL LATO SINISTRO DEL CORSO.



SINISTRI DENUNZIATI DA TERZI SENZA INDIVIDUAZIONE DELL'AGENTE RESPONSABILE

☐ PROVVEDIMENTO PRESIDENTE

APERTURA SINISTRO

☐ SI ☐ NO

Il Capo Ufficio

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Il Conducente

TA, 16/01/09

pagina

23461877



DENUNCIA DI SINISTRO STRADALE

N° SINISTRO 021/NS/09	DATA SINISTRO 14/01/2009	ORA 21.10	MODALITA' APERTURA DENUNCIA AGENTE	
LINEA 4	LUOGO IN CUI E' ACCADUTO IL SINISTRO STATTE (TA) - CORSO VITTORIO EMANUELE		ANGOLO	
DIREZIONE STATTE (TA) - PORTO MERCANTILE		N° SOCIALE 479	TARGA AUTOBUS CA 352 RJ	
MATR. AGENTE 105650	COGNOME BASILE	NOME ANDREA	QUALIFICA CONDUCENTE DI LINEA	
COMUNE DI NASCITA TARANTO	DATA DI NASCITA 08/09/1969	DATA ASSUNZIONE 11/10/2005	COMUNE DI RESIDENZA LEPORANO	C.A.P. 74020
DOMICILIO VIA VIVALDI N. 112/B	TIPO PATENTE D	N° PATENTE TA 5013555K	RILASCIATA A TARANTO	DATA RILASCIO 31/07/96
		SCADENZA PATENTE 06/03/2012		
COMPAGNIA ASSICURATRICE A.M.A.T. NATIONALE SUISSE		COMPAGNIA ASSICURATRICE KASKO AGENTE		

DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 1° VEICOLO

MARCA FIAT	MODELLO PUNTO	TARGA BY 797 AB	PROPRIETARIO QUERO GIOVANNI 3283764379	COMUNE DI RESIDENZA STATTE (TA)
VIA / PIAZZA VIA ALBINONI, 42		COMPAGNIA ASSICURATRICE NUOVA TIRRENA		
CONDUCENTE (SE DIVERSO DA PROPRIETARIO) VIA / PIAZZA		COMUNE DI RESIDENZA		
1° DANNEGGIATO		NATURA DEL DANNO		
2° DANNEGGIATO		NATURA DEL DANNO		

DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 2° VEICOLO

MARCA	MODELLO	TARGA	PROPRIETARIO	RESIDENZA
DOMICILIO	COMPAGNIA ASSICURATRICE	IMPORTO DANNI	LIQUIDATORE	
3° DANNEGGIATO	NATURA DEL DANNO			
4° DANNEGGIATO	NATURA DEL DANNO			

AUTORITA' INTERVENUTA

TESTIMONI

RESPONSABILITA' DESUNTA DALL'UFFICIO

SINISTRO PASSIVO

☐ VALIDAZIONE DELLA DIREZIONE

RESPONSABILITA' ACCERTATA IN VIA DEFINITIVA % COLPA CONDUCENTE

N° SINISTRO

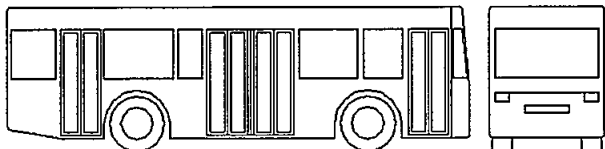
021/NS/09



DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

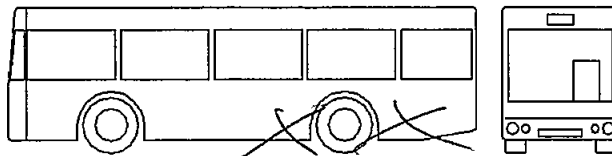
Vista laterale destra

Vista posteriore



Vista laterale sinistra

Vista anteriore



DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALL'AUTOBUS

IL LIEVE URTO E' AVVENUTO IN CORRISPONDENZA DEL FIANCO POSTERIORE SINISTRO

DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALLA CONTROPARTE

GRAFFIO SULLO SPIGOLO DESTRO DEL PARAURTI POSTERIORE

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

MENTRE PERCORREVO CORSO VITTORIO EMANUELE (STATTE), IN DIREZIONE TARANTO, STRISCIAMO CON IL LATO POSTERIORE SINISTRO DEL BUS IL LATO DESTRO DEL PARAURTI POSTERIORE DI UN'AUTOVETTURA FIAT PUNTO IN SOSTA FUORI SAGOMA SUL LATO SINISTRO DEL CORSO.

SINISTRI DENUNZIATI DA TERZI SENZA INDIVIDUAZIONE DELL'AGENTE RESPONSABILE

☐ PROVVEDIMENTO PRESIDENTE

APERTURA SINISTRO

☐ SI ☐ NO

Il Capo Ufficio

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Il Conducente

TA, 16/01/09

[Signature]

pagina

2

Taranto, li 16/01/09

Egr. Sig.

BASILE ANDREA
VIA VIVALDI N. 112/B
74020 LEPORANO

Oggetto: Sinistro n° 021/NS/09 del 14/01/2009

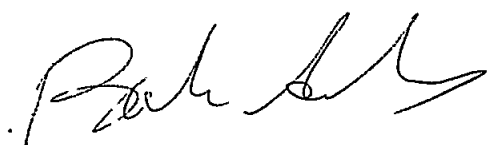
Il giorno 14/01/2009, il bus n° 479 da Lei condotto, impegnato sulla linea 4, è stato coinvolto in un incidente stradale ed ha riportato danni per un ammontare non ancora quantificato.

Qualora a conclusione dell'istruttoria dovesse essere accertata la Sua responsabilità, questa Azienda procederà, oltre all'adozione del provvedimento disciplinare a Suo carico, anche al recupero del danno cagionato al mezzo, in applicazione dell'art. 38 del Regolamento allegato al R.D. n° 148/1931 e della Legge regionale n° 18 del 31 Ottobre 2002 e successive modificazioni ed integrazioni.

Sarà cura di questa Azienda comunicarle, all'esito della relativa perizia, l'entità dell'eventuale danno da risarcire.

Nel caso Lei avesse provveduto a contrarre polizza assicurativa per la copertura dei danni in questione, è necessario che il contenuto della presente sia portato a conoscenza della Compagnia assicuratrice.

Distinti saluti.



LA DIREZIONE


RAPPORTO TX

19 GEN. 2009 12:59

LOGO : UFF. SINISTRI AMAT SPA
FAX NO. : 0997356261

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00831518040	19 GEN. 12:58	00'56	TX	03	OK

CEDOLA DI VIAGGIO DEL BUS N° 479 DATA 14/04/2009

RISERVATO OPERATORE DI ESERCIZIO					RISERVATO AI CONTROLLI			
Linea N°	Orario di partenza		Orario di arrivo		OPERATORE: COGNOME e NOME (STAMPATELLO)	Orario	Località	Firma Verificatore (PER ESTESO)
	CAPOLINEA LOCALITÀ	ORE	CAPOLINEA LOCALITÀ	ORE				
BIS L. 24	V. BUON	7/00	V. UNIC.	8/05	MASTROVITO F.			
L	PM	9.30	ST	10.00	CIRCHETTA			
L	ST	10.05	PM	10.45	CIRCHETTA			
L	PM	10.55		11.40	VEROLINO			
L	NTM	11.40		12.07	VEROLINO			
L	VASFO	12.25		13.07	VEROLINO			
L	NTM	13.07		13.35	//			
L	VASFO	14.00		15.30	//			
L	NTM	15.50		16.03	//			
L	PM	15.20		16.00	//			
L	NTM	16.00	Depa	PIVE TURNO	VEROLINO			
L	PM	17.30	PM	18.50	BASILICANDREA			
L	PM	19.00	PM	20.20	L			
L	PM	20.30	PM	21.50	L			
L	PM	22.10	PM	23.55	BASILICANDREA			

LISTA DI CONTROLLO (CHECK-LIST)

(Da compilarsi a cura dell'Operatore di Esercizio all'inizio ed alla fine di ogni turno)

1

TURNO DI SERVIZIO n° 442

DALLE ORE 6/35

ALLE ORE 9/55

LINEA B15

FIRMA OPERATORE DI ESERCIZIO
Guerrino dell'Industria

CONTROLLI (Barrare la voce che ricorre)	Inizio Turno	Fine Turno
Indicatori di linea	NE	NE
Indicatori di direzione	NE	NE
Impianto illuminazione	NE	NE
Luci interne	NE	NE
Strumentazione di bordo	NE	NE
Obliteratrici	NE	NE
Martelletto rompivetro di sicurezza	M	M
Sigilli maniglia uscita di sicurezza	M	M
Regolamento viaggiatori interno bus	M	M
Estintore	M	M
Pulizia del Bus	INS	INS
Cintura di sicurezza (portatori di Handicap)	NE	NE

2

TURNO DI SERVIZIO n° _____

DALLE ORE 9.30

ALLE ORE 10.55

LINEA 6

FIRMA OPERATORE DI ESERCIZIO
Croche

CONTROLLI (Barrare la voce che ricorre)	Inizio Turno	Fine Turno
Indicatori di linea	NE	NE
Indicatori di direzione	NE	NE
Impianto illuminazione	NE	NE
Luci interne	NE	NE
Strumentazione di bordo	NE	NE
Obliteratrici	NE	NE
Martelletto rompivetro di sicurezza	M	M
Sigilli maniglia uscita di sicurezza	M	M
Regolamento viaggiatori interno bus	M	M
Estintore	M	M
Pulizia del Bus	INS	INS
Cintura di sicurezza (portatori di Handicap)	NE	NE

3

TURNO DI SERVIZIO n° _____

DALLE ORE 10.45

ALLE ORE 18.10

LINEA 4

FIRMA OPERATORE DI ESERCIZIO
Verdura

CONTROLLI (Barrare la voce che ricorre)	Inizio Turno	Fine Turno
Indicatori di linea	NE	NE
Indicatori di direzione	NE	NE
Impianto illuminazione	NE	NE
Luci interne	NE	NE
Strumentazione di bordo	NE	NE
Obliteratrici	NE	NE
Martelletto rompivetro di sicurezza	M	M
Sigilli maniglia uscita di sicurezza	M	M
Regolamento viaggiatori interno bus	M	M
Estintore	M	M
Pulizia del Bus	INS	INS
Cintura di sicurezza (portatori di Handicap)	NE	NE

NE = Non Efficiente

M = Mancante

INS = Insufficiente

Irregolarità riscontrate durante il servizio (incidenti - guasti - etc.), già comunicata all'Area Tecnica con bolla di lavoro

n° _____ del _____ :

al rientro - visto: L'ADDETTO MOVIMENTO E TRAFFICO

/ ore 23.10

E-Mail: ernestotion@tiscalinet.it

Foglio N.	1
-----------	---

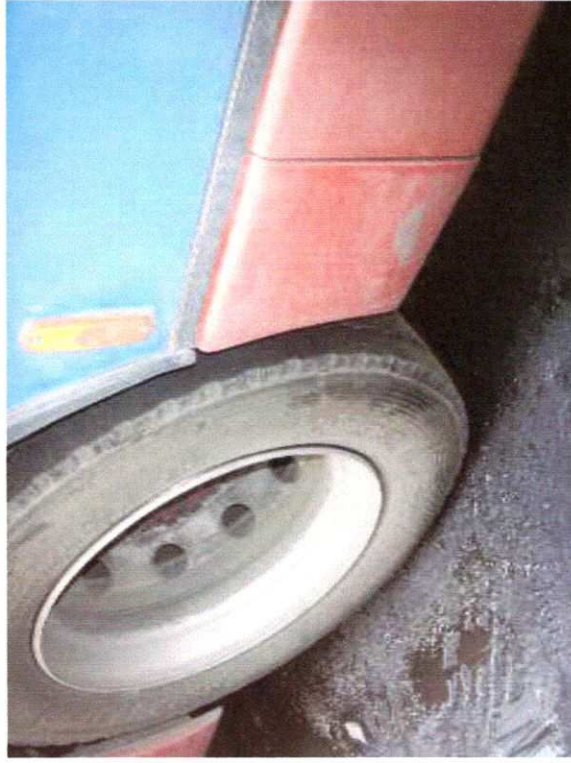
per. ind. Ernesto Sion
INFORTUNISTICA STRADALE
Via Emilia, 115
74100 - Taranto (Ta)
P.IVA: 01739870739
Tel.: TEL -FAX 0997366544
Posiz.Ruolo N.:3812

Perizia N.: 395.00/09
Compagnia: **AMAT**
Ispettorato:
Agenzia:
Sin. Numero: **021/NS/09**
Numero Pol.:

Ramo sinistro: **RCA RISC. ASS.**

Assicurato: **AMAT N.479**
Veicolo: **IRISBUS ITALIA 491E/3P**
Targa: **CA352RJ**
Controparte: **QUERO GIOVANNI**

Data Sinistro: **14/01/2009**
Data Perizia: **29/01/2009**



DENUNCIA DI SINISTRO STRADALE

N° SINISTRO	DATA SINISTRO	ORA	MODALITA' APERTURA		
021/NS/09	14/01/2009	21.10	DENUNCIA AGENTE		
LINEA	LUOGO IN CUI E' ACCADUTO IL SINISTRO	ANGOLO			
4	STATTE (TA) - CORSO VITTORIO EMANUELE				
DIREZIONE	N° SOCIALE	TARGA AUTOBUS			
STATTE (TA) - PORTO MERCANTILE	479	CA 352 RJ			
MATR. AGENTE	COGNOME	NOME	QUALIFICA		
105650	BASILE	ANDREA	CONDUCENTE DI LINEA		
COMUNE DI NASCITA	DATA DI NASCITA	DATA ASSUNZIONE	COMUNE DI RESIDENZA	C.A.P.	
TARANTO	08/09/1969	11/10/2005	LEPORANO	74020	
DOMICILIO	TIPO PATENTE	N° PATENTE	RILASCIATA A	DATA RILASCIO	SCADENZA PATENTE
VIA VIVALDI N. 112/B	D	TA 5013555K	TARANTO	31/07/96	06/03/2012
COMPAGNIA ASSICURATRICE A.M.A.T.			COMPAGNIA ASSICURATRICE KASKO AGENTE		
NATIONALE SUISSE					

DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 1° VEICOLO

MARCA	MODELLO	TARGA	PROPRIETARIO	COMUNE DI RESIDENZA
FIAT	PUNTO	BY 797 AB	QUERO GIOVANNI 3283764379	STATTE (TA)
VIA / PIAZZA		COMPAGNIA ASSICURATRICE		
VIA ALBINONI, 42		NUOVA TIRRENA		

CONDUCENTE (SE DIVERSO DA PROPRIETARIO) VIA / PIAZZA	COMUNE DI RESIDENZA

1° DANNEGGIATO	NATURA DEL DANNO
2° DANNEGGIATO	NATURA DEL DANNO

DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 2° VEICOLO

MARCA	MODELLO	TARGA	PROPRIETARIO	RESIDENZA
DOMICILIO	COMPAGNIA ASSICURATRICE	IMPORTO DANNI	LIQUIDATORE	
3° DANNEGGIATO	NATURA DEL DANNO			
4° DANNEGGIATO	NATURA DEL DANNO			

AUTORITA' INTERVENUTA	
-----------------------	--

TESTIMONI

RESPONSABILITA' DESUNTA DALL'UFFICIO

SINISTRO PASSIVO

☐ VALIDAZIONE DELLA DIREZIONE

RESPONSABILITA' ACCERTATA IN VIA DEFINITIVA % COLPA CONDUCENTE

90129E

N° SINISTRO

021/NS/09



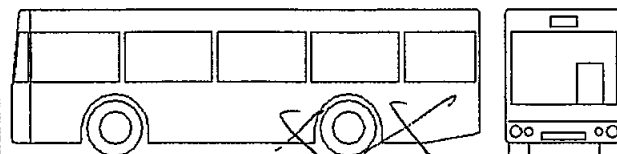
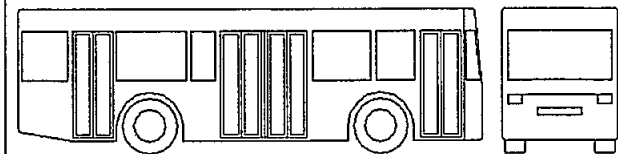
DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

Vista laterale destra

Vista posteriore

Vista laterale sinistra

Vista anteriore



DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALL'AUTOBUS

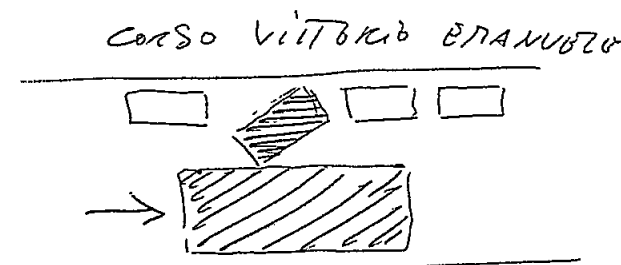
IL LIEVE URTO E' AVVENUTO IN CORRISPONDENZA DEL FIANCO POSTERIORE SINISTRO

DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALLA CONTROPARTE

GRAFFIO SULLO SPIGOLO DESTRO DEL PARAURTI POSTERIORE

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

MENTRE PERCORREVO CORSO VITTORIO EMANUELE (STATTE), IN DIREZIONE TARANTO, STRISCIAMO CON IL LATO POSTERIORE SINISTRO DEL BUS IL LATO DESTRO DEL PARAURTI POSTERIORE DI UN'AUTOVETTURA FIAT PUNTO IN SOSTA FUORI SAGOMA SUL LATO SINISTRO DEL CORSO.



SINISTRI DENUNZIATI DA TERZI SENZA INDIVIDUAZIONE DELL'AGENTE RESPONSABILE

☐ PROVVEDIMENTO PRESIDENTE

APERTURA SINISTRO

☐ SI ☐ NO

Il Capo Ufficio

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Il Conducente

[Signature]

TA, 16/01/09

[Signature]

pagina

2

per. ind. Ernesto Sion
INFORTUNISTICA STRADALE

Via Emilia, 115
74100 - Taranto (Ta)
P.IV.A: 01739870739
Tel. TEL -FAX 0997366544
Posiz.Ruolo N.:3812

Nota Spese ed Onorario per la Spett.le

AMAT

Codice

Ns. Riferimento

395,00/09

Assicurato

AMAT N.479

Controparte

QUERO GIOVANNI

Impresa Controparte

151 - NUOVA TIRRENA

Esercizio Sinistro N.

2009 021/NS/09

Codice Agenzia

Data Sinistro

14/01/2009

Codice Perito

Cod. Liquidatore

Cod. Ispett.

Numero Polizza

Ramo

Tipo Sx.

RCA RISC. ASS.

Data Incarico.

29/01/2009

Data effett. Perizia Località

29/01/2009 TARANTO

Presso

ASS

Carr. Fascia

A1

Foto

4

Data Restituzione

28/02/2009

ONORARI

Perizia	30,00
Riscontro	
Interlocutoria	
Accertamento	
Negativa	
Suppl. ARD	
Sup. Concordato	
Sup. Liquidazione	
Totale onorario	30,00

SPESE IMPONIBILI NON IMPON.

Km.		
Foto 4.-		
Postali/Telefon.		
Visura		
Raccomandate		
Varie		
Totale spese		

TOTALI

Imponibile	30,00
Cassa 2,00%	0,60
I.V.A. 20 %	6,12
Totale	36,72
Non Imponib.	
Totale	36,72
Rit. Acc. 20 %	6,00
Totale	30,72

Note:

Taranto, li' 28/02/2009

Importo PERIZIA IVA compresa:187,33

Data..... Visto del Liquidatore.....

Genius Professional - by AutoSoft 0771/681436 r.a.

Prot. 7710 /UAG

Taranto, li 23 APR. 2009

Egr. Sig.

BASILE ANDREA
VIA VIVALDI N. 112/B
74020 LEPORANO

Oggetto: Sinistro n° 021/NS/09 del 14/01/2009

Il giorno 14/01/2009, il bus n° 479 da Lei condotto, impegnato sulla linea 4, è stato coinvolto in un incidente stradale ed ha riportato danni per l'importo complessivo di EURO 246,24, incluso il controvalore del fermo tecnico, come risulta dalla relativa perizia.

A completamento dell'istruttoria è emersa una Sua responsabilità nella dinamica del sinistro stesso.

Pertanto, in applicazione dell'art. 38 del Regolamento All. "A" al R.D. n°148/1931 e della L.R.n° 18 del 31 Ottobre 2002 e successive modificazioni ed integrazioni, visto anche l'ordine di servizio n° 30/1991, questa Azienda intende procedere al recupero del danno.

Ai sensi della deliberazione del Consiglio di Amministrazione n° 189 del 09/11/1999, l'importo da risarcire è di EURO 185,00, pari all'importo complessivo dei danni periziati, abbattuto del 25%.

Nel caso Lei avesse provveduto a contrarre polizza assicurativa per la copertura dei danni in questione, è necessario che ci faccia pervenire, nel termine di giorni 3 a far data dalla presente, copia della denuncia inoltrata alla Sua Compagnia.

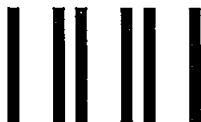
In mancanza, si procederà ad addebito sul ruolo paga del prossimo mese.

Distinti saluti

Luigi

IL DIRETTORE GENERALE
(Ing. Giovanni Maricichchia)

Posteitaliane



Avviso di ricevimento

EP 0683/EP 0505 - Mod. 23 1/P - MOD. 01304 (ex W8402E) - St. [4] Ed. 07/05

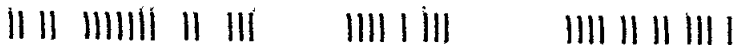
Da restituire a

A.M.A.T. s.p.a.
AZIENDA PER LA MOBILITA'
NELL'AREA DI TARANTO

Via C. Battisti, 657
74100 TARANTO



021/15/09 (*)



Avviso di ricevimento



Raccomandata



Pacco



Assicurata

Euro _____

13770819830 4

Numero

Data di spedizione _____ Dall'ufficio postale di _____

Destinatario

BASILIO ANDREA

Via

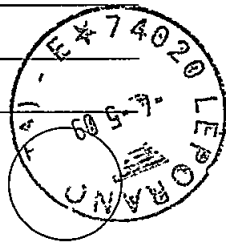
V. VAL DI, 112/B

C.A.P.

74020

Località

LEPORANO (TA)

Firma per esteso del ricevente
(Nome e Cognome)

Data

Firma dell'incaricato alla distribuzione

Bollo dell'ufficio
di distribuzione

Consegna effettuata ai sensi dell'art. 33 D.M. 09.04.01:

- Invi multipli a un unico destinatario
- Sottoscrizione rifiutata