

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, 11/09/2009

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

A: Spett.le NATIONALE SUISSE ASSICURAZIONI
Direzione Tecnica - Servizio Sinistri - Divisione Rami Auto
C.A Egr. Dr. Eugenio Re Fraschini - FAX 02/51603288

A: Spett.le IACOBINO INSURANCE BROKERS SRL
Via Cavour, 30 - 74100 TARANTO - FAX 099/4533553

OGGETTO: SINISTRO DEL 09/09/2009 A POL. RCV N. 25440151
AMAT SPA (CX205XG) / D'ONGHIA (BG109BF)
NS. RIF. 260/NS/09

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

SEGUE FORMALE RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI AI SENSI DEL DPR
18/7/06 N.254 "INDENNIZZO DIRETTO".

DISTINTI SALUTI.

UFFICIO SINISTRI

N° pagine inclusa la presente: 5

RAPPORTO TX

14 SET. 2009 10:07

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

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00251603288	14 SET. 10:04	02'30	TX	05	OK

RAFFORTO TX

11 SET. 2009 10:53

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

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00994533553	11 SET. 10:51	01'26	TX	05	OK

DENUNCIA DI SINISTRO STRADALE

N° SINISTRO	DATA SINISTRO	ORA	MODALITA' APERTURA		
260/NS/09	09/09/2009	22.50	DENUNCIA AGENTE		
LINEA	LUOGO IN CUI E' ACCADUTO IL SINISTRO		ANGOLO		
Fuori linea	VIA P. AMEDEO		VIA CAVALLOTTI		
DIREZIONE		N° SOCIALE	TARGA AUTOBUS		
DIREZIONE RIENTRO IN DEPOSITO		541	CX 205 XG		
MATR. AGENTE	COGNOME	NOME	QUALIFICA		
143970	GENTILE	GIOVANNI	CONDUCENTE DI LINEA		
COMUNE DI NASCITA	DATA DI NASCITA	DATA ASSUNZIONE	COMUNE DI RESIDENZA	C.A.P.	
TARANTO	27-11-74	12-12-2005	TARANTO	74100	
DOMICILIO	TIPO PATENTE	N° PATENTE	RILASCIATA A	DATA RILASCIO	SCADENZA PATENTE
VIA GENERALE MESSINA, 26	D	U18025028K	TARANTO	31/10/2007	10/09/2013
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
SEAT	IBIZA	BG 109 BF	D'ONGHIA FRANCESCO (3407241815)	
VIA / PIAZZA			COMPAGNIA ASSICURATRICE	
			CARIGE ASSICURAZIONI	
CONDUCENTE (SE DIVERSO DA PROPRIETARIO) VIA / PIAZZA				COMUNE DI RESIDENZA
PAT. TA2282503X				
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

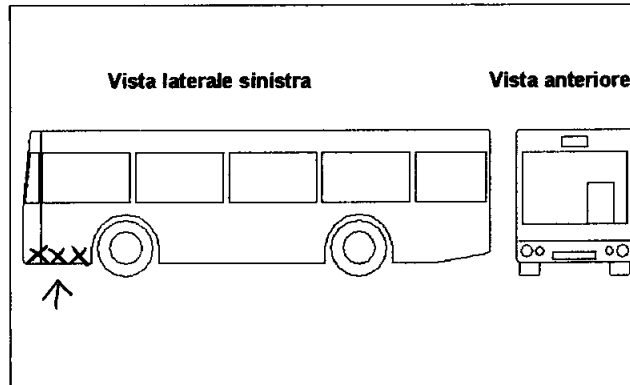
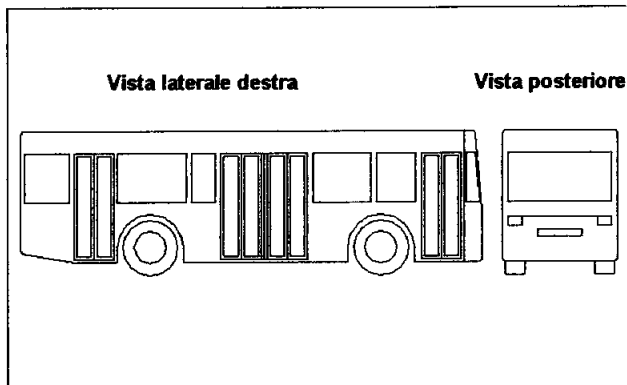
SINISTRO ATTIVO

☐ **VALIDAZIONE DELLA DIREZIONE**

RESPONSABILITA' ACCERTATA IN VIA DEFINITIVA % COLPA CONDUCENTE

--	--

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE



DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALL'AUTOBUS

FIANCO ANTERIORE SINISTRO (ZONA VANO BATTERIA VICINANZE LATO GUIDA)

DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALLA CONTROPARTE

PARTE ANTERIORE

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

IN VIA P. AMEDEO INCROCIO CON VIA CAVALLOTTI VENIVO COINVOLTO IN UN INCIDENTE CON UN'AUTOVETTURA SEAT IBIZA DI COLORE NERO CHE NON RISPETTAVA IL SEGNALE DI STOP VIGENTE AL CROCEVIA.

IL SIG. D'ONGHIA FRANCESCO, PROPRIETARIO, CONDUCENTE E UNICO OCCUPANTE DELLA SEAT IBIZA, NON RIPORTAVA DANNI FISICI.

A BORDO DEL BUS NON C'ERANO UTENTI, IN QUANTO AL MOMENTO DEL SINISTRO ERO FUORI LINEA ED ERO DIRETTO IN DEPOSITO PER SEGNALARE UN'AVARIA AL MEZZO.

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, 10/09/09

DENUNCIA DI SINISTRO STRADALE

N° SINISTRO 260/NS/09		DATA SINISTRO 09/09/2009		ORA 22.50		MODALITA' APERTURA DENUNCIA AGENTE	
LINEA Fuori linea		LUOGO IN CUI E' ACCADUTO IL SINISTRO VIA P. AMEDEO				ANGOLO VIA CAVALLOTTI	
DIREZIONE DIREZIONE RIENTRO IN DEPOSITO				N° SOCIALE 541		TARGA AUTOBUS CX 205 XG	
MATR. AGENTE 143970		COGNOME GENTILE		NOME GIOVANNI		QUALIFICA CONDUCENTE DI LINEA	
COMUNE DI NASCITA TARANTO		DATA DI NASCITA 27-11-74		DATA ASSUNZIONE 12-12-2005		COMUNE DI RESIDENZA TARANTO	
						C.A.P. 74100	
DOMICILIO VIA GENERALE MESSINA, 26		TIPO PATENTE D		N° PATENTE U18025028K		RILASCIATA A TARANTO	
						DATA RILASCIO 31/10/2007	
						SCADENZA PATENTE 10/09/2013	
COMPAGNIA ASSICURATRICE A.M.A.T. NATIONALE SUISSE				COMPAGNIA ASSICURATRICE KASKO AGENTE			

DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 1° VEICOLO

MARCA SEAT		MODELLO IBIZA		TARGA BG 109 BF		PROPRIETARIO D'ONGHIA FRANCESCO (3407241815)		COMUNE DI RESIDENZA	
VIA / PIAZZA						COMPAGNIA ASSICURATRICE			
						CARIGE ASSICURAZIONI			
CONDUCENTE (SE DIVERSO DA PROPRIETARIO) VIA / PIAZZA PAT. TA2282503X								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			

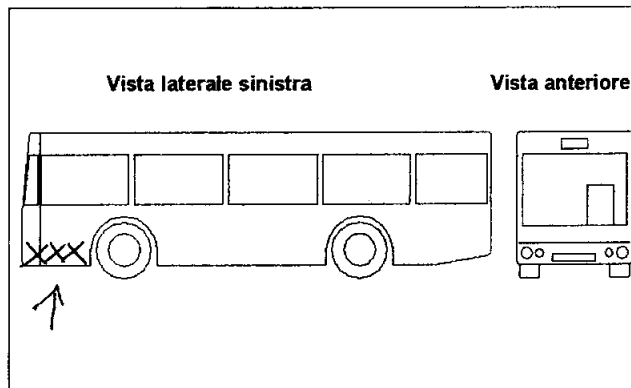
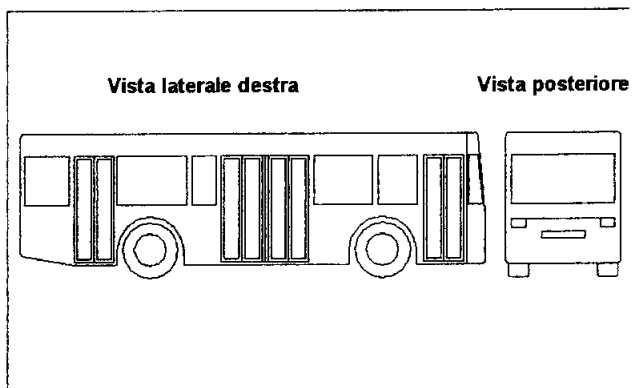
AUTORITA' INTERVENUTA

TESTIMONI

RESPONSABILITA' DESUNTA DALL'UFFICIO SINISTRO ATTIVO ☐ **VALIDAZIONE DELLA DIREZIONE**

RESPONSABILITA' ACCERTATA IN VIA DEFINITIVA **% COLPA CONDUCENTE**

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE



DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALL'AUTOBUS

FIANCO ANTERIORE SINISTRO (ZONA VANO BATTERIA VICINANZE LATO GUIDA)

DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALLA CONTROPARTE

PARTE ANTERIORE

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

IN VIA P. AMEDEO INCROCIO CON VIA CAVALLOTTI VENIVO COINVOLTO IN UN INCIDENTE CON UN'AUTOVETTURA SEAT IBIZA DI COLORE NERO CHE NON RISPETTAVA IL SEGNALE DI STOP VIGENTE AL CROCEVIA.

IL SIG. D'ONGHIA FRANCESCO, PROPRIETARIO, CONDUCENTE E UNICO OCCUPANTE DELLA SEAT IBIZA, NON RIPORTAVA DANNI FISICI.

A BORDO DEL BUS NON C'ERANO UTENTI, IN QUANTO AL MOMENTO DEL SINISTRO ERO FUORI LINEA ED ERO DIRETTO IN DEPOSITO PER SEGNALARE UN'AVARIA AL MEZZO.

SINISTRI DENUNZIATI DA TERZI SENZA INDIVIDUAZIONE DELL'AGENTE RESPONSABILE

☐ PROVVEDIMENTO PRESIDENTE

APERTURA SINISTRO

☐ SI ☐ NO

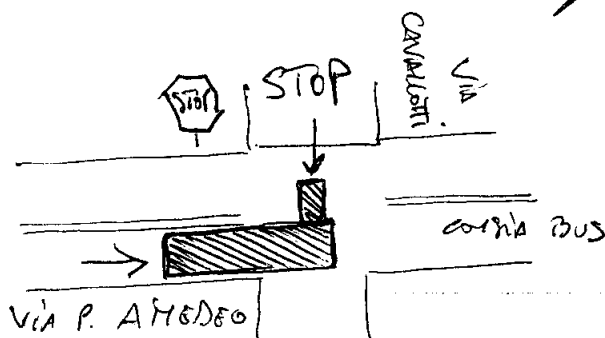
Il Capo Ufficio

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Il Conducente

pagina

2



1. data incidente ora 09/09/09 22.50	2. luogo (comune, provincia, via e numero) INCROCIO CON TARANTO - VIA P. AMBROSO VIA CAVALLOTTI	3. feriti anche se lievi ☒ no ☐ si *
4. danni materiali veicoli oltre A o B ☒ no ☐ si * oggetti diversi dai veicoli ☒ no ☐ si *		
5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B)		

6. contraente/assicurato
(vedere certificato d'assicurazione)

Cognome (stampatello) **ANAT SPA**

Nome _____

Codice Fiscale / Partita IVA _____

Indirizzo (comune, provincia, via e numero)
TARANTO - VIA C. BATTISTI, 657

C.A.P. **74100** Stato _____

N. Tel. o E-mail _____

7. veicolo
AUTOBUS TRASPORTO PUBBLICO URBANO

A MOTORE	RIMORCHIO
Marca, Tipo N. di targa o telaio CX 205 XG Stato d'immatricolazione	N. di targa o telaio Stato d'immatricolazione

8. compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)

Denominazione **NATIONAL SUISSE**

N. di polizza **25440151**

N. di Carta Verde _____

Certificato di assicurazione o Carta Verde
valido dal **31/03/09** al **31/03/2010**

Agenzia (o ufficio o intermediario)

Denominazione **IACOBIANO INS. BROKING**

Indirizzo _____

Stato _____

N. Tel. o E-mail _____

La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo: ☒ no ☐ si

9. conducente (vedere patente di guida)

Cognome (stampatello) **GENTILE**

Nome **GIOVANNI**

Data di nascita **27/11/74**

Codice Fiscale _____

Indirizzo (comune, provincia, via e numero)
TARANTO - VIA GEN. MESSINA, 541

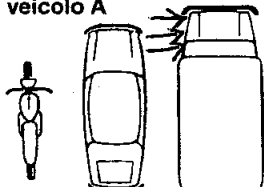
Stato _____

N. Tel. o E-mail _____

Patente N. **U18025028 K**

Categ. (A, B, ...) **D** valida fino al **10/09/2013**

10. indicare con una freccia (➡) il punto d'urto iniziale del veicolo A



11. danni visibili al veicolo A
FIANCO ANTERIORE SINISTRO

14. osservazioni

12. circostanze dell'incidente
Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione (cancellare l'opzione non corretta)

- | | | |
|----|--|----|
| 1 | in fermata / in sosta | 1 |
| 2 | ripartiva dopo una sosta apriva una portiera | 2 |
| 3 | stava parcheggiando | 3 |
| 4 | usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale | 4 |
| 5 | entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale | 5 |
| 6 | si immetteva in una piazza a senso rotatorio | 6 |
| 7 | circolava su una piazza a senso rotatorio | 7 |
| 8 | tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila | 8 |
| 9 | procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa | 9 |
| 10 | cambiava fila | 10 |
| 11 | sorpassava | 11 |
| 12 | girava a destra | 12 |
| 13 | girava a sinistra | 13 |
| 14 | retrocedeva | 14 |
| 15 | invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso | 15 |
| 16 | proveniva da destra | 16 |
| 17 | non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso | 17 |

← indicare il numero di caselle barrate con una croce →

Il presente documento non costituisce un'ammissione di responsabilità bensì una mera rilevazione dell'identità delle persone e dei fatti, per una rapida definizione.

13. grafico dell'incidente al momento dell'urto

Indicare: 1) il tracciato delle strade; 2) la direzione di marcia di A e B; 3) la loro posizione al momento dell'urto; 4) i segnali stradali; 5) i nomi delle strade

VEDI ALLEGATA DENUNCIA DI SINISTRO SU MODULO ANAT SPA.

15. firma dei conducenti

A **B**

La denuncia non deve essere modificata dopo la firma e la separazione degli esemplari.

veicolo **B**

6. contraente/assicurato
(vedere certificato d'assicurazione)

Cognome (stampatello) **D'ONGHIA**

Nome **FRANCESCO**

Codice Fiscale / Partita IVA _____

Indirizzo (comune, provincia, via e numero)

C.A.P. _____ Stato _____

N. Tel. o E-mail **3407241815**

7. veicolo
AUTOVETTURA

A MOTORE	RIMORCHIO
Marca, Tipo N. di targa o telaio SEAT IBIZA BG 109 BF Stato d'immatricolazione	N. di targa o telaio Stato d'immatricolazione

8. compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)

Denominazione **CARIGE**

N. di polizza _____

N. di Carta Verde _____

Certificato di assicurazione o Carta Verde
valido dal _____ al _____

Agenzia (o ufficio o intermediario)

Denominazione _____

Indirizzo _____

Stato _____

N. Tel. o E-mail _____

La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo: ☐ no ☐ si

9. conducente (vedere patente di guida)

Cognome (stampatello) **D'ONGHIA**

Nome **FRANCESCO**

Data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo (comune, provincia, via e numero)

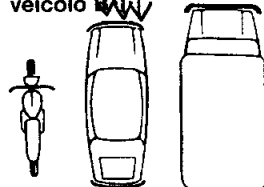
Stato _____

N. Tel. o E-mail _____

Patente N. **TA 2282 503 X**

Categ. (A, B, ...) _____ valida fino al _____

10. indicare con una freccia (➡) il punto d'urto iniziale del veicolo B



11. danni visibili al veicolo B
PANE ANTERIORE

14. osservazioni

Altre informazioni

richieste ai sensi dell'art. 2, comma 5 quater, della Legge 26 maggio 2000 n. 137 e successivo provvedimento Isvap n. 01764 del 21 dicembre 2000.

C'è stato intervento dell'Autorità?

si ☐

no ☒

Quale Autorità è intervenuta?

CC ☐

P.S. ☐

VV.UU. ☐

veicolo **A**

veicolo **B**

TARGA _____

Testimone

Nome e cognome _____

Codice fiscale _____

Indirizzo _____

Tel. _____

Testimone

Nome e cognome _____

Codice fiscale _____

Indirizzo _____

Tel. _____

Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato)

Nome e cognome o Denominazione sociale _____

Indirizzo (Comune, via e numero) _____

C.A.P. _____ Provincia _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale/Partita IVA _____

Ferito (Barrare solo una casella)

Conducente ☐

Passeggero ☐

Pedone ☐

Nome e cognome _____

Indirizzo (Comune, via e numero) _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale _____

Ricovero Pronto Soccorso

si ☐

no ☐

Nome Pronto Soccorso _____

Comune _____

Ferito (Barrare solo una casella)

Conducente ☐

Passeggero ☐

Pedone ☐

Nome e cognome _____

Indirizzo (Comune, via e numero) _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale _____

Ricovero Pronto Soccorso

si ☐

no ☐

Nome Pronto Soccorso _____

Comune _____

TARGA _____

Testimone

Nome e cognome _____

Codice fiscale _____

Indirizzo _____

Tel. _____

Testimone

Nome e cognome _____

Codice fiscale _____

Indirizzo _____

Tel. _____

Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato)

Nome e cognome o Denominazione sociale _____

Indirizzo (Comune, via e numero) _____

C.A.P. _____ Provincia _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale/Partita IVA _____

Ferito (Barrare solo una casella)

Conducente ☐

Passeggero ☐

Pedone ☐

Nome e cognome _____

Indirizzo (Comune, via e numero) _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale _____

Ricovero Pronto Soccorso

si ☐

no ☐

Nome Pronto Soccorso _____

Comune _____

Ferito (Barrare solo una casella)

Conducente ☐

Passeggero ☐

Pedone ☐

Nome e cognome _____

Indirizzo (Comune, via e numero) _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale _____

Ricovero Pronto Soccorso

si ☐

no ☐

Nome Pronto Soccorso _____

Comune _____

CEDOLA DI VIAGGIO DEL BUS N° 541 **DATA** 9/09/09

[illegible]

LISTA DI CONTROLLO (CHECK-LIST)

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

1 BUS COSTANTINO
DALLE 19.00

TURNO DI SERVIZIO n° _____

DALLE ORE 17.35

ALLE ORE 1.00

LINEA 3

FIRMA OPERATORE DI ESERCIZIO
Gentile Giovanni

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 _____

ALLE ORE _____

LINEA _____

FIRMA OPERATORE DI ESERCIZIO _____

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 _____

ALLE ORE _____

LINEA _____

FIRMA OPERATORE DI ESERCIZIO _____

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 _____ :

ALLE ORE 22.50 ALL'INIZIO TRA VIA S. ANTONIO E VIA CAVALOTTI

LA XAT 15120 TARGA BG 109 DE GUARDIA DEL SIMBOLO D'OROLOGIA RIMANENDO

PAT TA 2282503X NON DA PRECEDERE E USCIA IN LA PARTE LATO SX DEL

BUS. IN FINE L'AUTISTA Gentile Giovanni IN FINE DOMENICA RANASIO

ROSSO GU.DS

al rientro - visto: L'ADDETTO MOVIMENTO E TRAFFICO

CEL 3407241815

Taranto, li 10/09/09

Egr. Sig.

GENTILE GIOVANNI
C.SO ITALIA 71
74100 TARANTO

Oggetto: Sinistro n° 260/NS/09 del 09/09/2009

Il giorno 09/09/2009, il bus n° 541 da Lei condotto, impegnato sulla linea Fuori linea, 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.

P.R.
[Signature]

LA DIREZIONE
[Signature]

Taranto, li 21 SET. 2009

Prot. 17374 UAG

C.A. Egr. Dr. E. Re Fraschini

Raccomandata a.r.
(Anticipata via fax)

Spett.le
NATIONALE SUISSE Assicurazioni
Direzione Tecnica
Servizio sinistri
Divisione Rami Auto
Via XXV Aprile
20097 - S. DONATO MILANESE (MI)

E p.c. Spett.le
IACOBINO INSURANCE BROKERS SRL
Via Cavour, 30
74100 - TARANTO

OGGETTO: RICHIESTA DI RISARCIMENTO DEI DANNI

Sinistro del 09/09/2009 in località Taranto
AMAT SPA (CX205XG) / D'ONGHIA (BG109BF)
Ns. Rif. 260/NS/09

La scrivente Azienda AMAT Spa (Codice fiscale 00146330733) proprietaria del veicolo AUTOBUS targato CX205XG e assicurato con la Compagnia NATIONALE SUISSE Assicurazioni, chiede il risarcimento dei danni subiti a seguito del sinistro avvenuto il giorno 09/09/2009 in Taranto in Via P. Amedeo incrocio con Via Cavallotti.

L'altro veicolo coinvolto nell'incidente è l'autovettura Seat Ibiza targata BG109BF, di proprietà e condotta dal Sig. D'Onghia Francesco, assicurata per la responsabilità civile auto con la CARIGE Assicurazioni SPA.

Il sinistro si è verificato secondo le modalità indicate nell'allegata denuncia di sinistro già anticipataVi via fax in data 11/09 u.s..

Si invita la Compagnia in indirizzo a procedere all'accertamento e alla quantificazione dei danni precisando che il veicolo danneggiato sarà messo a Vs. disposizione in orari lavorativi per otto giorni non festivi consecutivi a far data della ricezione della presente previ accordi telefonici con il ns. **Ufficio sinistri aziendale – TEL./FAX 099/7356261 – Via C. Battisti, 657 Taranto.**

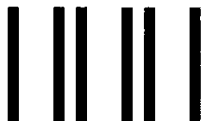
Distinti saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
(Ing. Giovanni Maticicchia)

N.B. Allegati alla richiesta di risarcimento:

- denuncia di sinistro su modulo Aziendale;
- modulo CAI.

Posteitaliane



Avviso di ricevimento

EP 0683/EP 0505 - Mod. 23 I/P - MOD. 01304 - EX W84C2E - S. [4] - Ed. 07/05

266/145/09
266/145/09

Rich. n. 8. Danni

A.I.A.A.T. s.p.a.
AZIENDA PER LA MOBILITA'
NELL'AREA DI TARANTO
Via C. Battisti, 657
74100 TARANTO



Avviso di ricevimento

Spett.le

Ass. di

Sett. di servizio

Ufficio postale di



13224097106 7

Numero

Destinatario

IACOBIANO INSURANCE BROKERS S.p.A.

Via

CANOVA, 30

C.A.P.

76100

Località

TANANTO

Firma per esposto del ricevente
(Nome e Cognome)

Data

23/8/09

Firma dell'incaricato alla distribuzione

Firma dell'ufficio
di distribuzione



Posteitaliane



Avviso di ricevimento

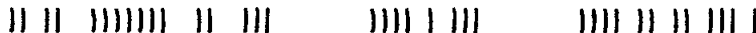
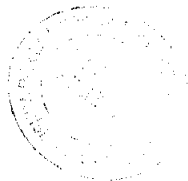
EP 0683/EP 0505 - Mod. 23 VP - MOD. 01304 'Ex W8402E' - St. [4] Ed. 07/05

260/NS/09
264/NS/09

rich. r. S. DAMI

DA DESTINATARIO

A.M.A.T. s.p.a.
AZIENDA PER LA MOBILITA'
NELL'AREA DI TARANTO
Via C. Battisti, 667
74100 TARANTO



Avviso di ricevimento

Raccomandato

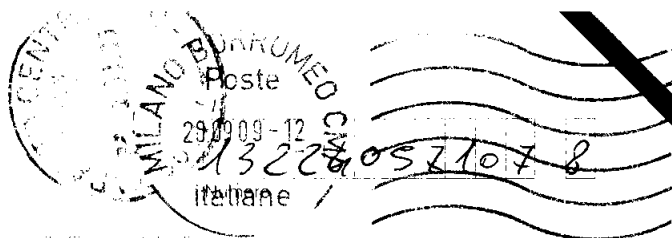
Raccom.

Assicurata

Risparmio

Data di spedizione

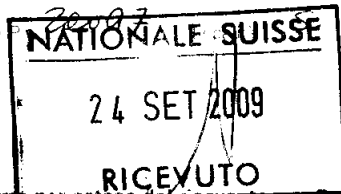
Uff. ufficio postale di



Destinatario: *NATIONALE SUISSE ASSICURAZIONI - DIREZIONE TECNICA*
SERVIZIO SINISTRI - DIVISIONE RACCOM. AUTO

Via *XXV APRILE*

C.A.P. *20097* *SONATO MILANESE (MI)*



Firma per esteso del ricevente
(Nome e Cognome)

Data

24/9/09

Firma dell'incaricato alla distribuzione



Bollo dell'ufficio
di distribuzione

- Consegna effettuata in servizio postale (C.A.P. 20097)
- Consegna effettuata in servizio postale (C.A.P. 20097)
- Consegna effettuata in servizio postale (C.A.P. 20097)

RAPPORTO TX

21 SET. 2009 16:07

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

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00994533553	21 SET. 16:06	00'27	TX	01	OK

RAFFORTO TX

21 SET. 2009 16:06

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

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00251603288	21 SET. 16:05	01'20	TX	01	OK

per. ind. Ernesto Sion INFORTUNISTICA STRADALE Via Emilia, 115 74100 - Taranto (Ta) P.IVA: 01739870739 Tel.: TEL -FAX 0997366544 E-Mail:ernestiosion@tiscalinet.it				Perizia N° 3194,00/09		Relazione di perizia per AMAT		Codice Ramo sinistro RCA RISC. ASS.	
Assicurato AMAT N.541				Controparte D'ONGHIA FRANCESCO		Impresa di controparte 086 - CARIGE			
Esercizio 2009		Numero sinistro 260/NS/09		Codice - Agenzia			Data sinistro 09/09/2009		
Cod. Perito		Cod. Liquidatore		Cod. Ispettorato		Numero polizza		Ramo polizza	
Recupero IVA Si									
Data Incendio 15/09/2009		Data primo rilievo 15/09/2009		Località TARANTO		C/o ASS		Foto N. 6	
Da Certificato di Proprietà - Intestatario - Indirizzo - Telefono - Professione AMAT VIA C.BATTISTI 657 74100 - TARANTO TA									Privilegio a favore di / /
Locatario/Comproprietario - Indirizzo - Telefono - Professione CODICE FISCALE / P. I.V.A.:									Già Targa
Veicolo(Marca-Modello-Versione) IRISBUS ITALIA TIPO 491E.12/U91/T/F2G						Targa CX205XG		Telaio ZGA482M1006005542	
1° Immatr. 15/09/05									
Stato d'uso BUONO		Km. 1		Pneum. 80		Colore - Tipo smalto GRIGIO METALLIZZATO		Coerenza del danno con la dinamica del sinistro Si	
Allestimenti/Dotazioni						Ultima revisione / /		Ubicazione Danni 	
Codice Omologazione		Per veicoli comme./Ind.		Portata q.li		Tara q.li		Passo m.	
Posti n°		Assi n°							
Valore Commerciale(C) € 1,00		Valore Relitto €		Valore per Differenza € 0		Spese Accessorie €		Indennizzo per antieconomicità € 1,00	
C.R. VOCI DI DANNO									
Listino ricambi aggiornato al [/ /]				SR Diff. Tempo		LA Diff. Tempo		VE Diff. Tempo	
				ME Tempo		DCMS		Costo dei Ricambi * (Iva Esclusa)	
1° pannello laterale inferiore celeste .Sx				S 0,5		S		S 0,5	
Indicatore di direzione anteriore .Sx				S		S		S	
Portello vano batterie .Sx				G 3,0		G 5,5		G 4,0	
Fianchetto anteriore .Sx				M 1,5		M 3,0		M 2,0	
Paraurti anteriore .Sx				M 1,5		M 1,5		M 2,0	
Totale Ricambi € 221,56									
Telefono:				Fascia Carr. A1		SR 5,0		LA 10,0	
Supplemento per Doppio Strato 15%		Ore 1,28		Supplemento Finitura 10% max ore 3		Ore 0,98		Tempo Aggiuntivo per Verniciatura	
Ore 1,6		Ore 3,86		Ore 12,36		Ore 12,36			
Valore Assicurato(A) €		Valore a nuovo(N) € 1,00		Ricambi € 221,56		Imponibile €		Iva € 44,31	
Insuff. Assicurativa % (C-A)/Cx100=		Coeff. Riduzione % (N-C)/Nx100=		Materiale Consumo Ore 12,36 €/h 11,55		€ 142,76		€ 28,55	
Totale Imponibile € 934,23		Nolo Dime e/o Varie		€		€		€	
Degrado Ore 27,36 €/h 20,66		Mano d'opera carrozzeria		€ 565,26		€ 113,05		€ 678,31	
Insufficienza Assicurativa %		Mano d'opera meccanica Ore €/h 20,66		€		€		€	
Totale (Imponibile) € 934,23		S.Rifiuti 0,50 % di 929,58		€ 4,65		€ 0,93		€ 5,58	
Totale (Iva Compresa) € 1.121,08		TOTALE STIMA		€ 934,23		€ 186,84		€ 1.121,07	
Franchigia/Scoperto min. e il max del %		Importo Richiesto €		Importo Concordato €		Importo Lesioni €		Fermo Tecnico Giorni 4,3	
Indennizzo Contrattuale €		Osservazioni:							
TOTALE Indennizzo € 934,23									
[70003] - AutoSoft S.r.l. - Tel.0771/681436 r.a. [11753] Genius Professional Ver: RELEASE:				Data consegna 08/10/2009		Firma Professionista per. ind. Ernesto Sion		Ruolo N. 3812	
								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.: 3194,00/09
Compagnia: **AMAT**
Ispettorato:
Agenzia:
Sin. Numero: **260/NS/09**
Numero Pol.:

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

Assicurato: **AMAT N.541**
Veicolo: **IRISBUS ITALIA TIPO 491E.12/U91/T/F2G**
Targa: **CX205XG**
Controparte: **D'ONGHIA FRANCESCO**

Data Sinistro: **09/09/2009**

Data Perizia: **15/09/2009**



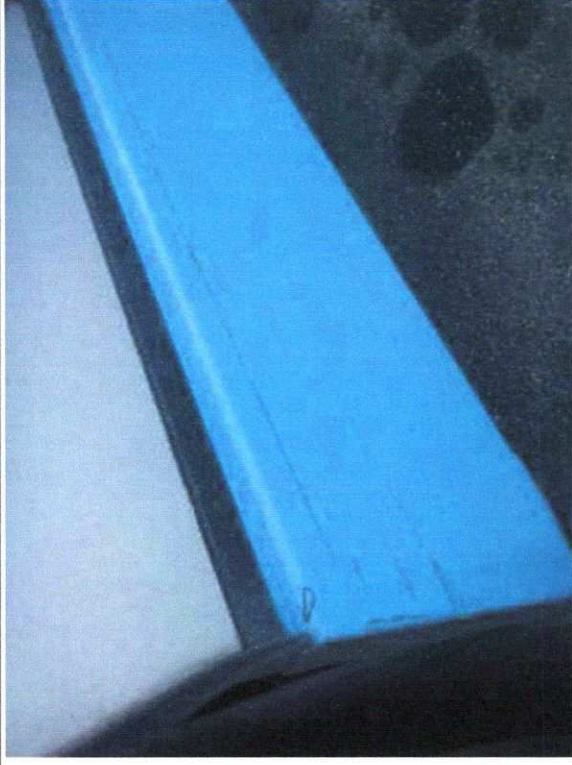
per. ind. **Ernesto Sion**
INFORTUNISTICA STRADALE
Via Emilia, 115
74100 - Taranto (Ta)
P.IVA: 01739870739
Tel.: TEL -FAX 0997366544
Posiz.Ruolo N.:3812

Perizia N.: 3194,00/09
Compagnia: **AMAT**
Ispettorato:
Agenzia:
Sin. Numero: **260/NS/09**
Numero Pol.:

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

Assicurato: **AMAT N.541**
Veicolo: **IRISBUS ITALIA TIPO 491E.12/U91/T/F2G**
Targa: **CX205XG**
Controparte: **D'ONGHIA FRANCESCO**

Data Sinistro: **09/09/2009**
Data Perizia: **15/09/2009**



DENUNCIA DI SINISTRO STRADALE

N° SINISTRO 260/NS/09		DATA SINISTRO 09/09/2009		ORA 22.50		MODALITA' APERTURA DENUNCIA AGENTE	
LINEA Fuori linea		LUOGO IN CUI E' ACCADUTO IL SINISTRO VIA P. AMEDEO				ANGOLO VIA CAVALLOTTI	
DIREZIONE DIREZIONE RIENTRO IN DEPOSITO				N° SOCIALE 541		TARGA AUTOBUS CX 205 XG	
MATR. AGENTE 143970		COGNOME GENTILE		NOME GIOVANNI		QUALIFICA CONDUCENTE DI LINEA	
COMUNE DI NASCITA TARANTO		DATA DI NASCITA 27-11-74		DATA ASSUNZIONE 12-12-2005		COMUNE DI RESIDENZA TARANTO	
DOMICILIO VIA GENERALE MESSINA, 26		TIPO PATENTE D		N° PATENTE U18025028K		RILASCIATA A TARANTO	
						DATA RILASCIO 31/10/2007	
						SCADENZA PATENTE 10/09/2013	
COMPAGNIA ASSICURATRICE A.M.A.T. NATIONALE SUISSE				COMPAGNIA ASSICURATRICE KASKO AGENTE			

DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 1° VEICOLO

MARCA SEAT		MODELLO IBIZA		TARGA BG 109 BF		PROPRIETARIO D'ONGHIA FRANCESCO (3407241815)		COMUNE DI RESIDENZA	
VIA / PIAZZA				COMPAGNIA ASSICURATRICE					
				CARIGE ASSICURAZIONI					
CONDUCENTE (SE DIVERSO DA PROPRIETARIO) VIA / PIAZZA PAT. TA2282503X								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

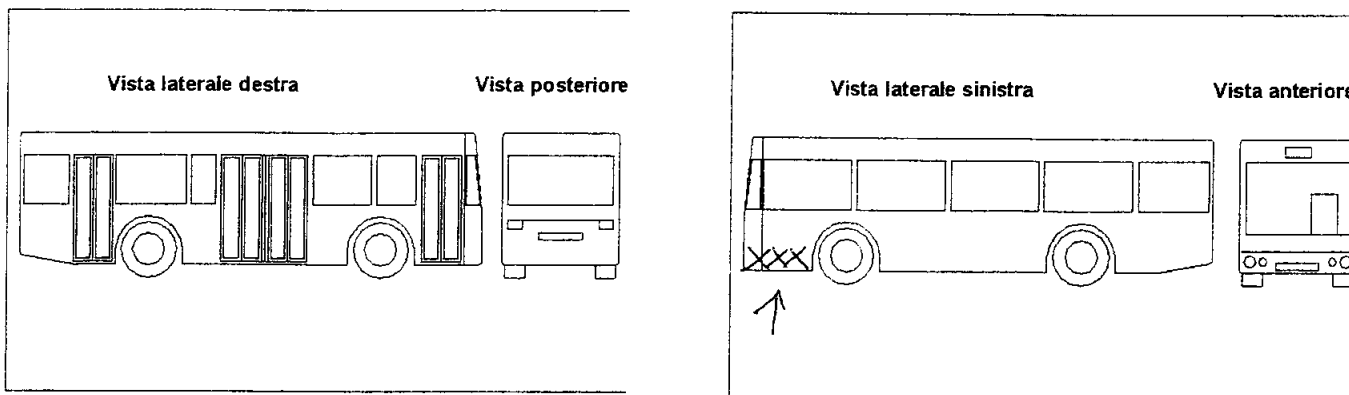
RESPONSABILITA' DESUNTA DALL'UFFICIO

SINISTRO ATTIVO

☐ **VALIDAZIONE DELLA DIREZIONE**

RESPONSABILITA' ACCERTATA IN VIA DEFINITIVA % COLPA CONDUCENTE

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE



DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALL'AUTOBUS

FIANCO ANTERIORE SINISTRO (ZONA VANO BATTERIA VICINANZE LATO GUIDA)

DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALLA CONTROPARTE

PARTE ANTERIORE

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

IN VIA P. AMEDEO INCROCIO CON VIA CAVALLOTTI VENIVO COINVOLTO IN UN INCIDENTE CON UN'AUTOVETTURA SEAT IBIZA DI COLORE NERO CHE NON RISPETTAVA IL SEGNALE DI STOP VIGENTE AL CROCEVIA.

IL SIG. D'ONGHIA FRANCESCO, PROPRIETARIO, CONDUCENTE E UNICO OCCUPANTE DELLA SEAT IBIZA, NON RIPORTAVA DANNI FISICI.

A BORDO DEL BUS NON C'ERANO UTENTI, IN QUANTO AL MOMENTO DEL SINISTRO ERO FUORI LINEA ED ERO DIRETTO IN DEPOSITO PER SEGNALARE UN'AVARIA AL MEZZO.

SINISTRI DENUNZIATI DA TERZI SENZA INDIVIDUAZIONE DELL'AGENTE RESPONSABILE

☐ PROVVEDIMENTO PRESIDENTE

APERTURA SINISTRO

☐ SI ☐ NO

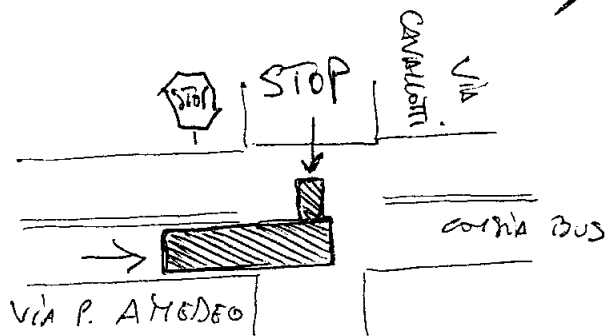
Il Capo Ufficio

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Il Conducente

pagina

2



per. ind. Ernesto Sion INFORTUNISTICA STRADALE Via Emilia, 115 74100 - Taranto (Ta) P.IVA: 01739870739 Tel.: TEL -FAX 0997366544 Posiz.Ruolo N.:3812			Nota Spese ed Onorario per la Spett.le AMAT		Codice	Ns. Riferimento 3194,00/09
Assicurato AMAT N.541		Controparte D'ONGHIA FRANCESCO		Impresa Controparte 086 - CARIGE		
Esercizio 2009	Sinistro N. 260/NS/09		Codice Agenzia		Data Sinistro 09/09/2009	
Codice Perito	Cod. Liquidatore	Cod. Ispett.	Numero Polizza	Ramo /	Tipo Sx. RCA RISC. ASS.	
Data Incarico 15/09/2009	Data effett. Perizia 15/09/2009	Località TARANTO	Presso ASS	Carr. Fascia A1	Foto 6	Data Restituzione 08/10/2009

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

SPESE	IMPONIBILI	NON IMPON.
Km. -		
Foto 6 -		
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' 08/10/2009

Importo PERIZIA IVA compresa:1.121,07

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

CENTRO SERVIZI PERITALI SRL - Perito Vito COLAPIETRO

Via Europa, 35 - 74017 Mottola Tel e fax 099/886.47.88 Cell. 348/34.034.33 P.I.02602260735 Ruolo 4818

E-mail: periziecol@alice.it Sede secondaria Via Lago di Santa Croce, 4 Taranto

ASS.NE

SIN

N. S.
908.09-96435
N. Ref. 4239/00/09

V. Ref. 260/N.1/09

ACCORDO CONSERVATIVO SUL DANNO

RESTA CONVENUTO TRA LE PARTI L'IMPORTO DI €

IN LETTERE (

920,001 € 200,00 a fermo tre anni
Mille e centotrenta / 100

PER LE SOSTITUZIONI E RIPARAZIONI TUTTE DI PARTE MECCANICA, ELETTRICA E DI CARROZZERIA DEL VEICOLO

TARGATO

EXROS XG DI PROPRIETA' DI AMAT SPA

c/o

IN CONSEGUENZA DEL SINISTRO DEL

IL PRESENTE ACCORDO HA VALORE PURAMENTE CONSERVATIVO, LASCIANDO SALVO ED IMPREGIUDICATO TRA LE PARTI
OGNI RECIPROCO DIRITTO IN RELAZIONE AL GRADO DI RESPONSABILITÀ NELLA PRODUZIONE DELL'EVENTO O A
PARTICOLARI CLAUSOLE CONTRATTUALI DELLA POLIZZA.L'IMPRESA, VALUTATA LA RESPONSABILITÀ E/O LE CLAUSOLE DI POLIZZA, PROVVEDERÀ IN TEMPI RAPIDI O
COMUNQUE ENTRO I TERMINI DI LEGGE A FORMULARE OFFERTA O A MOTIVARNE IL RIFIUTO.LIMITATAMENTE AI SINISTRI RCA, L'IMPRESA SOPRAINDICATA, DOPO AVER VALUTATO
LA SITUAZIONE IN PUNTO DI RESPONSABILITÀ E LE EVENTUALI ALTRE VOCI DI DANNO,
PROVVEDERÀ:

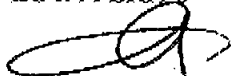
- ☐ QUALE IMPRESA GESTIONARIA IN REGIME DI RISARCIMENTO DIRETTO PER CONTO DELL'IMPRESA ASSICURATRICE DEL RESPONSABILE CIVILE, AI SENSI DELL'ART.149 D.LGS 209/05 E DELL'ART. 8 DPR 254/06
- ☐ QUALE IMPRESA ASSICURATRICE DEL RESPONSABILE CIVILE, AI SENSI DELL'ART. 148 D.LGS 209/05 A FORMULARE UN'OFFERTA FORMALE DI RISARCIMENTO O A MOTIVARNE L'EVENTUALE DINIEGO ENTRO 60 GG DAL RICEVIMENTO DELLA RICHIESTA DI RISARCIMENTO COMPLETA DI TUTTI GLI ELEMENTI PREVISTI DALL'ART. 6 DPR 254/06 IN CASO DI PROCEDURA DI RISARCIMENTO DIRETTO O DALL'ART. 148 D.LGS 209/05 IN CASO DI PROCEDURA DI RISARCIMENTO ORDINARIO.

IN CASO DI SOTTOSCRIZIONE CONGIUNTA DEL MODULO DI CONSTATAZIONE AMICHEVOLE
DI INCIDENTE TALE TERMINE È RIDOTTO A 30 GG.

DATA

10.10.09

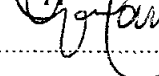
FIRMA PERITO



A.M.A.T. S.p.A.

FIRMA DANNO RESPONSABILE (chi ne fa le veci)

Ing. Giuseppe Casatello



CENTRO SERVIZI PERITALI S.R.L.
PERITO VITO COLAPIETRO
V. Europa, 35
74017 - Mottola (Ta)
Tel.: Fax 099/8864788
Mottola, 16 ottobre 2009

Spett.le
AMAT SPA
Via C. Battisti, 657
74100 TARANTO

Spett.le
NATIONALE SUISE ASSICURAZIONI
c.l.d. di PUGLIA

N.s. Rif. : 4239,00 / 09
Sinistro : 009082009000094435 del :09/09/2009 Es:
Agenzia :908 - IACOBINO Polizza : 50254401510000
Assicurato : A.M.A.T.S.P.A.
Controparte : D'ONGHIA FRANCESCO
Targa Veicolo Periziato: CX205XG
Targa Antagonista: BG109BF

INVIO ASSEGNO
Vs Rif. 260/NS/09

In allegato alla presente si trasmette assegno bancario n. 7024478232 tratto sulla banca UNICREDITBANCA di ROMA agenzia di Castellaneta, dell'importo di E 1.130,00 (millecentotrenta/00) di cui E 200,00 per fermo tecnico, il cui importo è stato già concordato e sottoscritto a parte, a tacitazione di tutti i danni subiti dal Suo veicolo nel sinistro emarginato.

PER RICEVUTA 20/10/09
[Signature]

Cordialità.

IL PERITO LIQUIDATORE
Vito Pasquale Colapietro

UniCredit Banca di Roma

Mottola

il 16-10-09

euro

1.130,00

A vista pagata per questo assegno bancario

euro

1.130,00

a

A.M.A.T. SPA

CASTELLANETA
VIA S. FRANCESCO, 126 - IT

NON TRASFERIBILE

ABI 3002-3
CAB 78840-6

7024478232-05 Conto

7024478232 3002788406

Ver. Messaggio

17 ott 2009 9:07

T.1.1	Controllare condiz. fax remoto
-------	--------------------------------

CENTRO SERVIZI PERITALI S.R.L.
PERITO VITO COLAPIETRO
V. Europa, 35
74017 - Mottola (Ta)
Tel.: Fax 099/8864788
Mottola, 16 ottobre 2009

Spett.le
AMAT SPA
Via C. Battisti, 657
74100 TARANTO

Spett.le
NATIONALE SUISSSE ASSICURAZIONI
c.l.d. di PUGLIA

N.s. Rif. : 4239,00 / 09
Sinistro : 009082009000094435 del :09/09/2009 Es:
Agenzia :908 - IACOBINO Polizza : 50254401510000
Assicurato : A.M.A.T.S.P.A.
Controparte : D'ONGHIA FRANCESCO
Targa Veicolo Periziato: CX205XG
Targa Antagonista: BG109BF

INVIO ASSEGNO
Vs. Rif. 260/NS/09

Prot. N. 89404
21 OTT. 2009
Del
P PRESIDENTE ☐
DG DIRETTORE GENERALE ☐
DA DIRETTORE AMMINISTRATIVO ☐
DT DIRETTORE TECNICO ☐
UE ESERCIZIO MOVIMENTO ☐
UAG AFFARI GEN./P.R./SINISTRI ☒
UA ACQUISTI / CONTRATTI ☐
UC CONTABILITA' / BILANCIO ☐
UI INFORMATICA ☐
UP PERSONALE / RETRIBUZIONI ☐
UT TECNICO ☐
ULPT PRODOTTI/TRAFFICO ☐
ULRG RAGIONERIA / ECONOMATO ☒
STW STAFF QUALITA ☐

In allegato alla presente si trasmette assegno bancario n. 7024478232 tratto sulla banca UNICREDITBANCA di ROMA agenzia di Castellaneta, dell'importo di E 1.130,00 (millecentotrenta/00) di cui E 200,00 per fermo tecnico, il cui importo è stato già concordato e sottoscritto a parte, a tacitazione di tutti i danni subiti dal Suo veicolo nel sinistro emarginato.

Cordialità.

IL PERITO LIQUIDATORE

Vito Pasquale Colapietro

UniCredit Banca di Roma

A vista pagata per questo assegno bancario

euro

1130,00
A.M.A.T. SPA

a

ABI 3002-3
CAB 78840-6

7024478232-05 conto

CASTELLANETA
VIA S. FRANCESCO, 126 - IT

NON TRASFERIBILE

Firma

Vito Pasquale Colapietro



7024478232 3002788400

Taranto, lì 22/novembre/2010

Al Capo Unità AA.GG.
Dott. ssa Tiziana Tursi

S E D E

Oggetto: Verifica esistenza danni ai bus.

In riferimento al sinistro n° 260/ns/09 del 09/09/2009 si comunica che è stata effettuata la verifica esistenza danni, ai sensi del punto 6.2.1. della procedura PR.08 "Gestione Sinistri", al bus con numero aziendale 541.

Sulla zona d'urto descritta dal conducente risultano danni al pannello anteriore laterale sinistro "vano batterie" e al pannello inferiore laterale posto vicino al passa ruota anteriore sinistro.

Distinti saluti

Prot. N. 21158
Del 22 NOV. 2010
P. PRESIDENTE ☐
DG DIRETTORE GENERALE ☐
DA DIRETTORE AMMINISTRATIVO ☐
DT DIRETTORE TECNICO ☐
UE ESERCIZIO MOVIMENTO ☐
UAG AFFARI GEN./PR./SINISTRI ☒
UA ACQUISTI/CONTRATTI ☐
UC CONTABILITÀ/BILANCIO ☐
UI INFORMATICA ☐
UP PERSONALE/RETRIBUZIONI ☐
UT TECNICO ☐
UPT PRODOTTI TECNICI ☐
URG RAGIONERIA/ECONOMATO ☐
SGG STRATEGIA ☐

Il Coordinatore f.f. Area Tecnica
Sig. Gregorio Paurini