

(CDI)		CIRCOSTANZE PRESUNTE DELL'INCIDENTE	
CDI Riquadro 7	INCIDENTE A VEICOLO IN MARCIA SENZA URTO CON VEICOLO O OSTACOLO SULLA CARREGGIATA		CDI Riquadro 8
VEICOLO COINVOLTO		VEICOLO, PEDONE, OSTACOLO NON URTATO	
70	Sbandamento con fuoriuscita per evitare l'urto	170	Ostacolo accidentale
71	“ con fuoriuscita per guida distratta o indecisa	171	Pedone
72	“ con fuoriuscita per eccesso di velocità	172	Animale
73	Frenata improvvisa con conseguenze ai trasportati	173	Veicolo
		174	Buche, ecc
	CADUTA DI PERSONA DA VEICOLO PER:	175	Senza ostacolo né pedone né altro
74	a) apertura di portiere	176	Ostacolo fisso nella carreggiata (isole, colonnine, transenne, barriere, ecc.)
75	b) discesa da veicolo in moto		
76	c) essersi aggrappato o sistemato inadeguatamente		
CDI Riquadro 9	ANOMALIE		CDI Riquadro 10
CIRCOSTANZE PRESUNTE PER DIFETTI O AVARIE DEL VEICOLO		CONDIZIONI PRESUNTE DELL'INCIDENTE PER STATO PSICO-FISICO DEL CONDUCENTE O DEL PEDONE	
80	Rottura o insufficienza dei freni	90	Anomalie per ebbrezza da alcool
81	“ o gusto allo sterzo	91	“ per condizioni morbose in atto (febbre, influenza, ecc)
82	Scoppio o eccessiva usura dei pneumatici	92	“ per improvviso malore
83	Mancanza o insufficienza dei fari o delle luci di posizione	93	“ per sonno
84	“ “ dei lampeggiatori o segnalazioni luminose di arresto	94	“ per ingestione di sostanze stupefacenti o psicotrope
85	Rottura degli organi di aggancio dei rimorchi	95	Mancato uso di lenti correttive o apparecchi di protesi
86	Deficienza delle attrezzature per trasporto di merci pericolose	96	Abbagliamento
87	Mancanza o insufficienza degli adattamenti prescritti per i veicoli condotti da Mutilati, minorati fisici	97	Per aver superato i periodi di guida prescritti
88	Distacco di ruota		
89	Mancanza o insufficienza dei dispositivi visivi del velocipede		

ALLEGATI	
<input type="checkbox"/> n. _____ Verbale/i dichiarazione	<input type="checkbox"/> n. _____
<input type="checkbox"/> n. _____ Referti medici	<input type="checkbox"/> n. _____
<input type="checkbox"/> n. _____ Foglio/i Planimetria	<input type="checkbox"/> n. _____
<input type="checkbox"/> n. _____	<input type="checkbox"/> n. _____

Comando Polizia Locale

MODULO PER LA RILEVAZIONE DELL'INCIDENTE STRADALE

Codice Intervento 118

Data incidente / / ora incidente Protocollo

Località

Orario chiamata senza feriti foto planimetrici
 Orario intervento **INCIDENTE** con feriti **RILIEVI** solo fotografici
 Orario fine intervento mortale solo planimetrici

RESPONSABILE ACCERTAMENTI

Cognome e nome Qualifica Matricola

MOVIMENTO FASCICOLO INCIDENTE

Consegnato il: / / a:



(CDI) CIRCOSTANZE PRESUNTE DELL'INCIDENTE

CDI Riquadro 1	INCIDENTE TRA VEICOLI IN MARCIA	CDI Riquadro 2
INCIDENTE SULL'INTERSEZIONE STRADALE		
1	Procedeva regolarmente	20
2	con guida distorta o andamento indeciso (art. 140)	21
3	senza mantenere la distanza di sicurezza (art. 149)	22
4	senza dare la precedenza a destra (art. 145)	23
5	senza rispettare i limiti di velocità (art. 142)	24
6	senza rispettare il segnale "dare la precedenza" (art. 145)	25
7	contromano (art. 143)	26
8	senza rispettare le segnalazioni semaforiche (art. 41)	27
9	senza rispettare le segnalazioni dell'agente (art. 43)	28
10	senza rispettare i segnali di divieto, transito o accesso (art. 6-7)	29
11	con eccesso di velocità (art. 141)	30
12	senza rispettare i limiti di velocità (art. 142)	31
13	con le luci abbaglianti incrociando altri veicoli (art. 153)	32
14	Svolta a destra regolarmente	33
15	irregolarmente (art. 154)	34
16	Svolta a sinistra regolarmente	35
17	irregolarmente (art. 154)	36
18	Sorpassava (all'incrocio) (art. 148)	37
19	irregolarmente per fermarsi o sostare	38
20	Si affiancava ad altri veicoli a due ruote irregolarmente	39

CDI Riquadro 3	INVESTIMENTO DI PEDONE	CDI Riquadro 4
VEICOLO COINVOLTO		
40	Procedeva regolarmente	140
41	con eccesso di velocità (art. 141)	141
42	senza rispettare i limiti di velocità (art. 142)	142
43	contromano (art. 143)	143
44	Sorpassava veicolo in marcia (art. 148)	144
45	Manovrava	145
46	Non rispettava le segnalazioni semaforiche o dell'agente (art. 41 - 43)	146
47	Usciva senza precauzioni da passo carrabile	147
48	Fuoriusciva dalla carreggiata	148
49	Non dava la precedenza al pedone sugli attraversamenti (art. 191)	149
50	Sorpassava un veicolo fermo per consentire l'attraversamento a pedoni (art. 148)	150
51	Urtava con il carico il pedone	151
52	Suprava irregolarmente un tram fermo per la salita e discesa dei passeggeri	152
53	Agente non rispettando le segnalazioni (art. 41-43)	153
54	la strada regolatamente, non ad un passaggio pedonale (art. 190)	154
55	la strada irregolarmente (art. 190)	155

CDI Riquadro 5	VEICOLO IN MARCIA CHE URTA VEICOLO FERMO O ALTRO OSTACOLO	CDI Riquadro 6
VEICOLO FERMO O ALTRO OSTACOLO		
60	Procedeva regolarmente	160
61	con guida distorta o andamento indeciso (art. 140)	161
62	senza mantenere la distanza di sicurezza (art. 149)	162
63	contromano (art. 143)	163
64	con eccesso di velocità (art. 141)	164
65	senza rispettare i limiti di velocità (art. 142)	165
66	senza rispettare i segnali di divieto, transito o accesso (art. 6-7)	166
67	Sorpassava un altro veicolo in marcia	266
68	Attraversava imprudentemente il passaggio a livello	266
69	senza rispettare i segnali di divieto, transito o accesso (art. 6-7)	266
70	senza rispettare i limiti di velocità (art. 142)	266
71	con eccesso di velocità (art. 141)	266
72	contromano (art. 143)	266
73	senza rispettare i limiti di velocità (art. 142)	266
74	senza rispettare i segnali di divieto, transito o accesso (art. 6-7)	266
75	Sorpassava un altro veicolo in marcia	266
76	Attraversava imprudentemente il passaggio a livello	266

Data incidente / / giorno festivo SI NO ora incidente

Nel territorio del comune di _____ provincia di _____

Specificare la prima località (via | piazza | SS | SP | autostrada ecc.)

(*) Impianto semaforico:

- 1 funzionante regolarmente /
- 2 completamente spento /
- 3 funzionante su giallo intermittente /
- 4 funzionante irregolarmente: - si accoda a -> Accertava che l'impianto semaforico presentava le seguenti anomalie:

Agente /ufficiale di P.G. rilevatore: matr. _____

Agente /ufficiale di P.G. che collabora: matr. _____

1	<input type="checkbox"/>	Scontro frontale fra veicoli in marcia	406	<input type="checkbox"/>	Veicolo in marcia contro veicoli fermi
2	<input type="checkbox"/>	Scontro frontale/laterale Dx fra veicoli in marcia	506	<input type="checkbox"/>	Veicolo in marcia contro veicoli in arresto
3	<input type="checkbox"/>	Scontro frontale/laterale Sx fra veicoli in marcia	107	<input type="checkbox"/>	Veicolo in marcia contro veicolo in sosta
4	<input type="checkbox"/>	Tamponamento	8	<input type="checkbox"/>	Veicolo in marcia contro ostacolo fisso
5	<input type="checkbox"/>	Investimento di pedone	9	<input type="checkbox"/>	Veicolo in marcia contro treno
6	<input type="checkbox"/>	Veicolo in marcia contro veicolo fermo	10	<input type="checkbox"/>	Fuoriuscita dalla sede stradale
106	<input type="checkbox"/>	Veicolo in marcia contro veicolo in arresto	110	<input type="checkbox"/>	Ribaltamento senza urto contro ostacolo fisso
206	<input type="checkbox"/>	Veicoli in marcia contro veicoli fermi	11	<input type="checkbox"/>	Infortunio per sola frenata improvvisa
306	<input type="checkbox"/>	Veicoli in marcia contro veicolo fermo	12	<input type="checkbox"/>	Infortunio per caduta da veicolo (riferito al passeggero)

NATURA DELL'INCIDENTE

(Questa descrizione, da utilizzare per particolareggiare l'incidente, va comunque abbinata ad un codice affine della tabella ISTAT)

CD / CDI = Codice da scegliere dalle tabelle di consultazione rispettivamente della penultima e dell'ultima pagina del modello

PARTICOLARITÀ

(CD) ALLEGATO DI CONSULTAZIONE

CD - TIPO VEICOLO COINVOLTO	
1	Autovettura privata
101	Autoveicolo trasporto promiscuo
2	Autovettura con rimorchio
3	Autovettura pubblica
4	Autovettura di soccorso
104	Autovettura di Polizia
5	Autobus urbano
105	Filobus
205	Autobus turistico
6	Autobus di linea
106	Autobus in extraurbana
7	Vettura tramviaria
8	Autocarro
108	Rimorchio
9	Autotreno
10	Autoarticolato
110	Autosnodato
11	Veicolo speciale
111	Autoambulanza
211	Autopompa
311	Autogrù
411	Autocaravan
511	Macchina operatrice
12	Motrice
112	Trattore stradale
13	Trattore agricolo
14	Velocipede
15	Ciclomotore
115	Ciclomotore con passeggero
16	Motociclo a solo
116	Motociclo di Polizia
17	Motociclo con passeggero
18	Motocarro
118	Motocarozzetta
19	Veicolo a trazione animale
119	Veicolo a braccia
20	Veicolo ignoto perché datosi alla fuga
21	Quadriciclo leggero
25	Altro

CD - DESTINAZIONE VEICOLO	
1	Ritirato dal conducente
2	Imnesso in deposito autorizzato a disposizione dell'Autorità Giudiziaria
3	Imnesso in deposito autorizzato a disposizione dell'Autorità Prefettizia
4	Imnesso in deposito autorizzato a disposizione dell'avente diritto
5	Affidato in custodia al trasgressore
6	Posteggiato regolarmente dal conducente prima del trasporto all'ospedale
7	Affidato dal referente ad incaricato dal conducente
8	Affidato dal conducente ad un conoscente prima del trasporto all'ospedale
9	Affidato al genitore — tutore del minore

CD - POSIZIONE FINALE DEI VEICOLI		
NELLA CARREGGIATA DI MARCIA	11	stesso senso
	12	senso opposto
	13	nella carreggiata opposta
NELLA SEDE STRADALE	1	su banchina, marciapiede, ecc.
	2	contro paracarro
	3	contro albero
	4	contro palo
	5	contro muro parapetto
	6	contro guardrail
FUORI SEDE STRADALE	7	su banchina, marciapiede, ecc.
	8	contro paracarro
	9	contro albero
	10	contro palo

CD - CONSEGUENZE AI VEICOLI	
1	senza danno
2	danneggiato ma può ripartire
3	ribaltato
4	incendiato
5	danneggiato non può ripartire
6	non visionato

CD - TRAGITTO CASA LAVORO	
1	non accertato
2	nel tragitto casa - lavoro
3	nel tragitto casa - scuola
4	in mobilità per lavoro
5	negli altri casi

CD - PROPULSIONE	
1	benzina
2	gasolio
3	gas GPL
4	gas metano
5	elettrico
6	idrogeno
7	benzina / GPL
8	benzina / metano
9	benzina / elettrico
10	altro

CD - CONTROLLO TASSO ALCOLEMICO	
1	controllo NON effettuato
2	controllo risultato negativo
3	positivo da comportamento
4	Positivo gr/l - 0,0 - 0,5 mg
5	Positivo gr/l - 0,5 - 0,8 mg
6	Positivo gr/l - 0,8 - 1,0 mg
7	Positivo gr/l - 1,0 - 1,5 mg
8	Positivo oltre 1,5 mg
9	test ospedale come da referto
10	rifiuta test

CD - CONTROLLO SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE	
1	controllo NON effettuato
2	controllo risultato negativo
3	Positivo Amfetamina
4	Positivo Benzodiazepine
5	Positivo Cannabinoidi (THC)
6	Positivo Cocaina
7	Positivo Extasy (MDMA)
8	Positivo Metadone
9	Positivo Metanfetamine
10	Positivo Oppiacei

LOCALIZZAZIONE		
<input type="checkbox"/>	1	Strada urbana
<input type="checkbox"/>	2	Provinciale entro l'abitato
<input type="checkbox"/>	3	Statale entro l'abitato
<input type="checkbox"/>	0	Regionale entro l'abitato
		Fuori dell'abitato
<input type="checkbox"/>	4	Comunale extraurbana
<input type="checkbox"/>	5	Provinciale
<input type="checkbox"/>	6	Statale
<input type="checkbox"/>	7	Autostrada
<input type="checkbox"/>	8	Altra strada
<input type="checkbox"/>	9	Regionale

TRONCO STRADALE		
<input type="checkbox"/>	1	SS diramazione dir. A
<input type="checkbox"/>	2	SS dir. B radd.
<input type="checkbox"/>	3	SS bis dir. C
<input type="checkbox"/>	4	SS ter. Bis dir.
<input type="checkbox"/>	5	SS quater racc. bis racc.
<input type="checkbox"/>	6	Autostrada carreggiata Sinistra
<input type="checkbox"/>	7	Autostrada carreggiata Destra
<input type="checkbox"/>	8	Autostrada svincolo Entrata
<input type="checkbox"/>	9	Autostrada svincolo Uscita
<input type="checkbox"/>	10	Autostrada svincolo tronco d.c.
<input type="checkbox"/>	11	Autostrada stazione
<input type="checkbox"/>	12	Altri casi

PARTICOLARITÀ DELLA STRADA		
<input type="checkbox"/>	1	Incrocio
<input type="checkbox"/>	2	Rotatoria
<input type="checkbox"/>	3	Intersezione stradale segnalata
<input type="checkbox"/>	4	Intersezione semaforizzata
<input type="checkbox"/>	104	Intersezione regolata da Agente
<input type="checkbox"/>	5	Intersezione non regolata / non segnalata
<input type="checkbox"/>	6	Passaggio a livello custodito
<input type="checkbox"/>	106	Passaggio a livello incustodito
<input type="checkbox"/>	7	Rettilineo
<input type="checkbox"/>	8	Curva a visuale libera
<input type="checkbox"/>	108	Curva senza visuale libera
<input type="checkbox"/>	9	Dosso
<input type="checkbox"/>	109	Cunetta
<input type="checkbox"/>	209	Strettoia
<input type="checkbox"/>	309	Cavalcavia
<input type="checkbox"/>	10	Pendenza
<input type="checkbox"/>	11	Galleria illuminata
<input type="checkbox"/>	111	Sottopasso illuminato
<input type="checkbox"/>	12	Galleria non illuminata
<input type="checkbox"/>	112	Sottopasso non illuminato

TIPO DI STRADA		
<input type="checkbox"/>	1	Una carreggiata a senso unico di marcia
<input type="checkbox"/>	101	Una carreggiata a senso unico alternato
<input type="checkbox"/>	2	Una carreggiata a doppio senso
<input type="checkbox"/>	3	Due carreggiate
<input type="checkbox"/>	4	Più di due carreggiate

Caratteristiche località: SI / NO (se NO non inserire nulla)

FONDO STRADALE		
<input type="checkbox"/>	1	Asciutto
<input type="checkbox"/>	2	Bagnato - pioggia
<input type="checkbox"/>	102	Bagnato - umidità in atto
<input type="checkbox"/>	202	Bagnato - brina
<input type="checkbox"/>	3	Sdruciolevole - fango
<input type="checkbox"/>	103	Sdruciolevole - pietrisco
<input type="checkbox"/>	203	Viscido da liquidi oleosi
<input type="checkbox"/>	303	Sdruciolevole - sabbia
<input type="checkbox"/>	403	Sdruciolevole - terriccio
<input type="checkbox"/>	4	Ghiacciato
<input type="checkbox"/>	5	Con neve
<input type="checkbox"/>	105	Con grandine

PAVIMENTAZIONE		
<input type="checkbox"/>	1	Asfaltata
<input type="checkbox"/>	201	Lastricata
<input type="checkbox"/>	301	In conglomerato cementizio
<input type="checkbox"/>	401	Acciottolata
<input type="checkbox"/>	501	Con buche
<input type="checkbox"/>	601	In cubetti di porfido
<input type="checkbox"/>	2	Strada pavimentata dissestata
<input type="checkbox"/>	3	Sterrata
<input type="checkbox"/>	103	Inghiaia

SEGNALETICA		
<input type="checkbox"/>	1	Assente
<input type="checkbox"/>	2	Verticale
<input type="checkbox"/>	3	Orizzontale
<input type="checkbox"/>	4	Verticale ed orizzontale

CONDIZIONI ATMOSFERICHE		
<input type="checkbox"/>	1	Sereno
<input type="checkbox"/>	101	Nuvoloso
<input type="checkbox"/>	2	Nebbia
<input type="checkbox"/>	3	Pioggia in atto
<input type="checkbox"/>	4	Grandine in atto
<input type="checkbox"/>	5	Nevicata in atto
<input type="checkbox"/>	6	Vento forte
<input type="checkbox"/>	7	Sole radente

CONDIZIONI DI TRAFFICO		
<input type="checkbox"/>	1	Intenso
<input type="checkbox"/>	2	Normale
<input type="checkbox"/>	3	Scarso

VISIBILITÀ		
<input type="checkbox"/>	1	Buona
<input type="checkbox"/>	2	Normale
<input type="checkbox"/>	3	Insufficiente

ILLUMINAZIONE		
<input type="checkbox"/>	1	Ore diurne
<input type="checkbox"/>	2	Sufficiente
<input type="checkbox"/>	3	Insufficiente
<input type="checkbox"/>	4	Inesistente

DANNI A COSE

Danni a cose: SI / NO

si accoda a: a causa del sinistro il veicolo _____ aveva provocato _____

NOTE

Note: SI / NO

VEICOLO "A" **IN MARCIA** **IN SOSTA** **ALLONTANATOSI** **PEDONE**

Generale

CD Tipo Veicolo () _____ marca _____ modello _____ colore _____ CD Propulsione () _____
Km _____ cilindrata _____ peso complessivo q.li _____ 1° immatricolazione __/__/__ ultima revisione __/__/__
Targa _____ Telaio _____ nazione _____ Persone a bordo (conducente compreso) n° _____
Assicurazione _____ Agenzia di _____ n° _____ scadenza _____

Particolarità

CD Posiz. finale dei veicoli: ___ Veicolo rimosso: SI / NO Rapporto cambio (marcia): ___ CD Conseg. Veicolo ___
Danni visibili: _____

CD Destinazione veicolo: ___ depositaria _____

(in caso di CD = 7, annotare i dati della persona che ritira il veicolo)
Cognome e Nome _____ nato il _____ a _____ ()
residente a _____ () in via _____
docum. tipo _____ n° _____ ril. il _____ a _____ scade il _____

Tracce al suolo

TRACCE AL SUOLO SI NO
 Frenata sx m _____ dx m _____
 Scarrocc. m _____ terminanti _____
 Abrasioni m _____
1. Effettuati rilievi Fotoplanimetrici
Fs Fd Sc A Sx Dx
2. termina prima del punto d'urto/invest. di m. ____/____
3. termina dopo il punto d'urto/invest. di m. ____/____
4. termina in corrispondenza del punto d'urto/invest.
Impianto ABS: SI / NO

Fs	Fd	INTENSITÀ	Sc	A	Fs	Fd	FORMA	Sc	A	Fs	Fd	ANDAMENTO (*)	Sc	A
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. marcata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. larga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. rettilineo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. leggera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. obliquo verso dx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. discontinua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. stretta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. obliquo verso sx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. crescente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. irregolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. curvilineo verso dx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. decrescente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. curvilineo verso sx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*rispetto a _____

Trasporto merci conto: - proprio - terzi (Rimorco: tipo _____ marca _____ targa _____)

Persone

Proprietario _____ nato il _____ a _____
Nazione _____ residente a _____ () in via _____

Conducente _____ sesso: M / F nato il _____
a _____ () Nazione _____ residente a _____ ()
in via _____ indagato: SI / NO Generalizzato: in luogo ospedale

Professione _____ domicilio _____
Cintura / Casco: utilizzato inutilizzato esente Airbag: esploso inesploso inesistente

CD Tragitto casa - lavoro _____ Telefono/ Cell. _____ / _____ FAX _____

- Patente cat. _____ n° _____ ril. il _____ a _____ scade il _____

(prescrizioni: nessuna obb. lenti retrovisore apparecchio acustico limitazioni Art. 117 Altro _____

C.Q.C. C.F.P. / C.A.P. tipo _____ n° _____ ril. il _____ a _____

- Doc. identità _____ n° _____ ril. il _____ a _____

CDI Circostanze presunte incidente _____ (Se unico veicolo 2° CDI _____)

CDI Condizioni presunte per stato psicofisico della persona _____

CD Controllo tasso alcolemico _____ **CD** Controllo sostanze stupefacenti o psicotrope _____

INFRAZIONI SI NO
 1. contestate: art. _____ descr. _____ verb strada n° _____
 contestate: art. _____ descr. _____ verb strada n° _____
 2. da notific.: art. _____ descr. _____ verb n° _____
 da notific.: art. _____ descr. _____ verb n° _____

PUNTO D'URTO - D'INVESTIMENTO

Punto d'urto: SI - più punti d'urto: SI NO NO

Punto d'investimento: SI - più punti d'investimento: SI NO NO

Effettuati rilievi fotoplanimetrici SI NO

Schizzo planimetrico (non in scala) NO

Descrizione analitica

si accoda a: **i punti/il punto d'urto/investimento venivano/veniva così localizzati/o:**

POSIZIONE STATICA DEI VEICOLI

Rilievi Foto / Planimetrici: SI NO - Veicoli tutti rimossi: SI NO

Schizzo planimetrico (non in scala) NO

Descrizione analitica

si accoda a: **si trovava/trovavano ancora nella posizione assunta nella fase terminale dell'evento e così localizzata:**

VEICOLO "B" IN MARCIA IN SOSTA ALLONTANATOSI **PEDONE**

Generale

CD Tipo Veicolo () _____ marca _____ modello _____ colore _____ CD Propulsione () _____

Km _____ cilindrata _____ peso complessivo q.li _____ 1° immatricolazione ___/___/___ ultima revisione ___/___/___

Targa _____ Telaio _____ nazione _____ Persone a bordo (conducente compreso) n° _____

Assicurazione _____ Agenzia di _____ n° _____ scadenza _____

Particolarità

CD Posiz. finale dei veicoli: ___ Veicolo rimosso: SI / NO Rapporto cambio (marcia): ___ CD Conseg. Veicolo ___

Danni visibili: _____

CD Destinazione veicolo: ___ depositaria _____

(in caso di CD = 7, annotare i dati della persona che ritira il veicolo)

Cognome e Nome _____ nato il _____ a _____ ()

residente a _____ () in via _____

docum. tipo _____ n° _____ ril. il _____ a _____ scade il _____

Tracce al suolo

TRACCE AL SUOLO SI NO

Frenata _____ sx m _____ dx m _____

Scarrocc. _____ m _____

Abrasioni _____ m _____

terminanti _____

Impianto ABS: SI / NO

1. Effettuati rilievi Fotoplanimetrici

Fs	Fd	Sc	A	Sx	Dx
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. termina prima del punto d'urto/invest. di m. ___/___

3. termina dopo il punto d'urto/invest. di m. ___/___

4. termina in corrispondenza del punto d'urto/invest.

Fs	Fd	INTENSITÀ	Sc	A	Fs	Fd	FORMA	Sc	A	Fs	Fd	ANDAMENTO (*)	Sc	A
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. marcata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. larga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. rettilineo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. leggera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. obliquo verso dx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. discontinua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. stretta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. obliquo verso sx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. crescente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. irregolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. curvilineo verso dx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. decrescente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. curvilineo verso sx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*rispetto a _____

Trasporto merci conto: - proprio - terzi (Rimorcho: tipo _____ marca _____ targa _____)

Persone

Proprietario _____ nato il _____ a _____

Nazione _____ residente a _____ () in via _____

Conducente _____ sesso: M / F nato il _____

a _____ () Nazione _____ residente a _____ ()

in via _____ indagato: SI / NO Generalizzato: in luogo ospedale

Professione _____ domicilio _____

Cintura / Casco: utilizzato inutilizzato esente Airbag: esploso inesploso inesistente

CD Tragitto casa - lavoro _____ Telefono/ Cell. _____ / _____ FAX _____

- Patente cat. _____ n° _____ ril. il _____ a _____ scade il _____

(prescrizioni: nessuna obb. lenti retrovisore apparecchio acustico limitazioni Art. 117 Altro _____)

C.Q.C. C.F.P. / C.A.P. tipo _____ n° _____ ril. il _____ a _____

- Doc. identità _____ n° _____ ril. il _____ a _____

CDI Circostanze presunte incidente _____ (**Se unico veicolo 2° CDI** _____)

CDI Condizioni presunte per stato psicofisico della persona _____

CD Controllo tasso alcolemico _____ **CD** Controllo sostanze stupefacenti o psicotrope _____

INFRAZIONI SI NO

1. contestate: art. _____ descr. _____ verb strada n° _____

contestate: art. _____ descr. _____ verb strada n° _____

2. da notific.: art. _____ descr. _____ verb n° _____

da notific.: art. _____ descr. _____ verb n° _____

VEICOLO "B"

Cognome e Nome _____ sesso: M / F

nato il _____ a _____ () Nazione _____

residente a _____ () in via _____

docum. tipo _____ n° _____ ril. il _____ a _____ scade il _____

Cintura / Casco: utilizzato inutilizzato esente

Airbag: esploso inesploso inesistente

Posizione occupata ant. dx post. dx post. sx CD Tragitto casa - lavoro _____ Dichiarata: SI / NO

PASSEGGERI NON INFORTUNATI

Cognome e Nome _____ sesso: M / F

nato il _____ a _____ () Nazione _____

residente a _____ () in via _____

docum. tipo _____ n° _____ ril. il _____ a _____ scade il _____

Cintura / Casco: utilizzato inutilizzato esente

Airbag: esploso inesploso inesistente

Posizione occupata ant. dx post. dx post. sx CD Tragitto casa - lavoro _____ Dichiarata: SI / NO

Cognome e Nome _____ sesso: M / F

nato il _____ a _____ () Nazione _____

residente a _____ () in via _____

docum. tipo _____ n° _____ ril. il _____ a _____ scade il _____

Cintura / Casco: utilizzato inutilizzato esente

Airbag: esploso inesploso inesistente

Posizione occupata ant. dx post. dx post. sx CD Tragitto casa - lavoro _____ Dichiarata: SI / NO

Cognome e Nome _____ sesso: M / F

nato il _____ a _____ () Nazione _____

residente a _____ () in via _____

docum. tipo _____ n° _____ ril. il _____ a _____ scade il _____

Cintura / Casco: utilizzato inutilizzato esente

Airbag: esploso inesploso inesistente

Posizione occupata ant. dx post. dx post. sx CD Tragitto casa - lavoro _____ Dichiarata: SI / NO

PERSONE INFORTUNATE

Conducente veicolo Passeggero veicolo Pedone

Cognome e Nome _____ sesso: M / F

nato il _____ a _____ () Nazione _____

residente a _____ () in via _____

docum. tipo _____ n° _____ ril. il _____ a _____ scade il _____

Cintura / Casco: utilizzato inutilizzato esente

Airbag: esploso inesploso inesistente

Posizione occupata _____

1. Deceduto sul posto: - Santario inviato dalla C.R.: SI / NO

- Ufficiale di P.G. inviato dalla C.R.: SI / NO

- Posizione del deceduto _____

SI - L'infornato già trasportato con autolettiga _____

SI - L'infornato già trasportato _____

SI - L'infornato prima del trasporto _____

SI - L'infornato ha riferito in merito _____

NO - L'infornato prima del trasporto _____

NO - L'infornato ha riferito in merito _____

SI - L'infornato trasportato con autolettiga _____

NO - L'infornato trasportato con autolettiga _____

Autolettiga: _____

Ospedale: _____

Dall'Agente in servizio presso l'Ospedale Matr. _____

Dalla Centrale Radio _____

Dal Referto Medico _____

Dall'infornato tornato in luogo _____

Notizie sulle LESIONI

1/6 Rimandato/Dimesso dopo le cure _____

2/6 Ritirata il ricovero _____

3/6 Allontanatosi senza responso _____

4/6 Allontanatosi prima delle cure _____

Tornato in luogo

SI - Tornato in luogo ha riferito _____

NO - Tornato in luogo ha riferito _____

SI - Ha riferito all'Agente in servizio presso l'Ospedale _____

NO - Ha riferito all'Agente in servizio presso l'Ospedale _____

Acquisite da

2. Deceduto durante il trasporto _____

3. Deceduto durante le prime cure _____

4. Prognosi riservata _____

5. Ricoverato _____

6. Rimandato / Dimesso _____

- REFERTO n° _____

NON STESSO REFERTO _____

REFERTO NON PERVENUTO _____

7. Ritirata cure immediate - Specificare lesioni accusate: _____

(solo se passeggero - Dichiarata: SI / NO)

PERSONE INFORTUNATE

Conducente veicolo
 Passeggero veicolo
 Pedone

Cognome e Nome _____ sesso: M / F
 nato il _____ a _____ (____) Nazione _____
 residente a _____ (____) in via _____
 docum. tipo _____ n° _____ ril. il _____ a _____ scade il _____
 Cintura / Casco: utilizzato inutilizzato esente
 Airbag: esploso inesploso inesistente
 Posizione occupata _____

1. Deceduto sul posto:

- Sanitario inviato dalla C.R.: SI / NO
- Ufficiale di P.G. inviato dalla C.R.: SI / NO
- Posizione del deceduto _____

2. Deceduto durante il trasporto
 3. Deceduto durante le prime cure
 4. Prognosi riservata
 5. Ricoverato
 6. Rimandato / Dimesso

L'infortunato già trasportato

- SI - L'infortunato già trasportato con autolettiga
- NO - L'infortunato prima del trasporto ha riferito in merito alla dinamica

L'infortunato trasportato con autolettiga

- SI
- NO

L'infortunato trasportato con autolettiga

- SI
- NO

Autolettiga: _____
Ospedale: _____

Dall'Agente in servizio presso l'Ospedale Matr. _____
 Dalla Centrale Radio
 Dal Referto Medico
 Dall'infortunato tornato in luogo
 Recatosi, al termine dei rilievi, personalmente all'Ospedale (accertamenti all'Ospedale da specificare nelle NOTE)

2. Deceduto durante il trasporto
 3. Deceduto durante le prime cure
 4. Prognosi riservata
 5. Ricoverato

Ha riferito all'Agente in servizio presso l'Ospedale

- SI
- NO

1/6 Rimandato/Dimesso dopo le cure
 2/6 Rifiuta il ricovero
 3/6 Allontanatosi senza responso
 4/6 Allontanatosi prima delle cure

Tornato in luogo

- SI - Tornato in luogo ha riferito
- NO - Ha riferito all'Agente in servizio presso l'Ospedale

SI
 NO
 SI
 NO

- REFERTO n° _____
 NON STESO REFERTO
 REFERTO NON PERVENUTO

7. Rifiuta cure immediate - Specificare lesioni accusate: _____
 (solo se passeggero - Dichiarare: SI / NO)

VEICOLO "C" IN MARCIA IN SOSTA ALLONTANATOSI PEDONE

Generale
 CD Tipo Veicolo () _____ marca _____ modello _____ colore _____ CD Propulsione () _____
 Km _____ cilindrata _____ peso complessivo q.li _____ 1° immatricolazione __/__/__ ultima revisione __/__/__
 Targa _____ Telaio _____ nazione _____ Persone a bordo (conducente compreso) n° _____
 Assicurazione _____ Agenzia di _____ n° _____ scadenza _____

Particolarità
 CD Posiz. finale dei veicoli: __ Veicolo rimosso: SI / NO Rapporto cambio (marcia): __ CD Conseg. Veicolo __
 Danni visibili: _____

 CD Destinazione veicolo: __ depositaria _____

(in caso di CD = 7, annotare i dati della persona che ritira il veicolo)
 Cognome e Nome _____ nato il _____ a _____ (____)
 residente a _____ (____) in via _____
 docum. tipo _____ n° _____ ril. il _____ a _____ scade il _____

Tracce al suolo
 TRACCE AL SUOLO

- SI
 - Frenata _____ sx m _____ dx m _____
 - Scarrocc. _____ m _____
 - Abrasioni _____ m _____
- NO

terminanti

- 1. Effettuati rilievi Fotoplanimetrici
- 2. Fs Fd Sc A _____ Sx _____ Dx _____
- 3. termina prima del punto d'urto/invest. di m. ____/____
- 4. termina dopo il punto d'urto/invest. di m. ____/____
- 5. termina in corrispondenza del punto d'urto/invest.

Impianto ABS: SI / NO

Fs	Fd	INTENSITÀ	Sc	A	Fs	Fd	FORMA	Sc	A	Fs	Fd	ANDAMENTO (*)	Sc	A
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. marcata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. larga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. rettilineo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. leggera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. obliquo verso dx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. discontinua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. stretta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. obliquo verso sx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. crescente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. irregolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. curvilineo verso dx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. decrescente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. curvilineo verso sx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*rispetto a _____

Trasporto merci conto: - proprio - terzi (Rimorco: tipo _____ marca _____ targa _____)

Proprietario _____ nato il _____ a _____
 Nazione _____ residente a _____ (____) in via _____

Persone
Conducente _____ sesso: M / F nato il _____
 a _____ (____) Nazione _____ residente a _____ (____)
 in via _____ indagato: SI / NO Generalizzato: in luogo ospedale _____
 Professione _____ domicilio _____
 Cintura / Casco: utilizzato inutilizzato esente
 Airbag: esploso inesploso inesistente
CD Tragitto casa - lavoro _____ Telefono/ Cell. _____ / _____ FAX _____
 - Patente cat. _____ n° _____ ril. il _____ a _____ scade il _____
 (prescrizioni: nessuna obb. lenti retrovisore apparecchio acustico limitazioni Art. 117 Altro _____
 C.Q.C. C.F.P. / C.A.P. tipo _____ n° _____ ril. il _____ a _____
 - Doc. identità _____ n° _____ ril. il _____ a _____

CDI Circostanze presunte incidente _____ (Se unico veicolo 2° CDI _____)

CDI Condizioni presunte per stato psicofisico della persona _____

CD Controllo tasso alcolemico _____ **CD** Controllo sostanze stupefacenti o psicotrope _____

INFRAZIONI

- SI
 - 1. contestate: art. _____ descr. _____ verb strada n° _____
 - contestate: art. _____ descr. _____ verb strada n° _____
 - 2. da notific.: art. _____ descr. _____ verb n° _____
 - da notific.: art. _____ descr. _____ verb n° _____
- NO

VEICOLO "C"

Cognome e Nome _____ sesso: M / F

nato il _____ a _____ () Nazione _____

residente a _____ () in via _____

docum. tipo _____ n° _____ ril. il _____ a _____ scade il _____

Cintura / Casco: utilizzato inutilizzato esente

Airbag: esploso inesploso inesistente

Posizione occupata ant. dx post. dx post. sx CD Tragitto casa - lavoro _____ Dichiarata: SI / NO

PASSEGGERI NON INFORTUNATI

Cognome e Nome _____ sesso: M / F

nato il _____ a _____ () Nazione _____

residente a _____ () in via _____

docum. tipo _____ n° _____ ril. il _____ a _____ scade il _____

Cintura / Casco: utilizzato inutilizzato esente

Airbag: esploso inesploso inesistente

Posizione occupata ant. dx post. dx post. sx CD Tragitto casa - lavoro _____ Dichiarata: SI / NO

Cognome e Nome _____ sesso: M / F

nato il _____ a _____ () Nazione _____

residente a _____ () in via _____

docum. tipo _____ n° _____ ril. il _____ a _____ scade il _____

Cintura / Casco: utilizzato inutilizzato esente

Airbag: esploso inesploso inesistente

Posizione occupata ant. dx post. dx post. sx CD Tragitto casa - lavoro _____ Dichiarata: SI / NO

Cognome e Nome _____ sesso: M / F

nato il _____ a _____ () Nazione _____

residente a _____ () in via _____

docum. tipo _____ n° _____ ril. il _____ a _____ scade il _____

Cintura / Casco: utilizzato inutilizzato esente

Airbag: esploso inesploso inesistente

Posizione occupata ant. dx post. dx post. sx CD Tragitto casa - lavoro _____ Dichiarata: SI / NO

PERSONE INFORTUNATE

Conducente veicolo Passeggero veicolo Pedone

Cognome e Nome _____ sesso: M / F

nato il _____ a _____ () Nazione _____

residente a _____ () in via _____

docum. tipo _____ n° _____ ril. il _____ a _____ scade il _____

Cintura / Casco: utilizzato inutilizzato esente

Airbag: esploso inesploso inesistente

Posizione occupata _____

1. Deceduto sul posto: - Santario inviato dalla C.R.: SI / NO

- Ufficiale di P.G. inviato dalla C.R.: SI / NO

- Posizione del deceduto _____

SI - L'infornato già trasportato con autolettiga _____

SI - L'infornato prima del trasporto _____

NO - ha riferito in merito _____

autolettiga SI / NO

trasportato con _____

L'infornato SI / NO

autolettiga SI / NO

Ospedale: _____

Autolettiga: _____

2. Deceduto durante il trasporto

3. Deceduto durante le prime cure

4. Prognosi riservata

5. Ricoverato

6. Rimandato / Dimesso

Notizie sulle LESIONI

Dall'Agente in servizio presso l'Ospedale Matr. _____

Dalla Centrale Radio

Dal Referto Medico

Acquisite da

1/6 Rimandato/Dimesso dopo le cure

2/6 Ritirata il ricovero

3/6 Allontanatosi senza responso

4/6 Allontanatosi prima delle cure

Tornato in _____

SI - Tornato in luogo ha riferito _____

NO

SI - Ha riferito all'Agente in servizio presso l'Ospedale _____

NO

- REFERTO n° _____

NON STESSO REFERTO

REFERTO NON PERVENUTO

7. Ritirata cure immediate - Specificare lesioni accusate: _____

(solo se passeggero - Dichiarata: SI / NO)

PERSONE INFORTUNATE

Conducente veicolo
 Passeggero veicolo
 Pedone

Cognome e Nome _____ sesso: M / F
 nato il _____ a _____ (____) Nazione _____
 residente a _____ (____) in via _____
 docum. tipo _____ n° _____ ril. il _____ a _____ scade il _____
 Cintura / Casco: utilizzato inutilizzato esente
 Airbag: esploso inesploso inesistente
 Posizione occupata _____

1. Deceduto sul posto:

- Sanitario inviato dalla C.R.: SI / NO
- Ufficiale di P.G. inviato dalla C.R.: SI / NO
- Posizione del deceduto _____

2. Deceduto durante il trasporto
 3. Deceduto durante le prime cure
 4. Prognosi riservata
 5. Ricoverato
 6. Rimandato / Dimesso

L'infortunato già trasportato

- SI - L'infortunato già trasportato con autolettiga SI
- NO NO

Autolettiga: _____

L'infortunato prima del trasporto ha riferito in merito alla dinamica

- SI
- NO

 L'infortunato trasportato con autolettiga

- SI
- NO

Ospedale: _____

Notizie sulle LESIONI Acquisite da

- Dall'Agente in servizio presso l'Ospedale Matr. _____
- Dalla Centrale Radio
- Dal Referto Medico
- Dall'infortunato tornato in luogo
- Recatosi, al termine dei rilievi, personalmente all'Ospedale (accertamenti all'Ospedale da specificare nelle NOTE)

2. Deceduto durante il trasporto
 3. Deceduto durante le prime cure
 4. Prognosi riservata
 5. Ricoverato

Ha riferito all'Agente in servizio presso l'Ospedale

- SI
- NO

1/6 Rimandato/Dimesso dopo le cure
 2/6 Rifiuta il ricovero
 3/6 Allontanatosi senza responso
 4/6 Allontanatosi prima delle cure

Tornato in luogo

- SI - Tornato in luogo ha riferito SI
- NO NO
- NO - Ha riferito all'Agente in servizio presso l'Ospedale SI
- NO NO

- REFERTO n° _____ NON STESO REFERTO REFERTO NON PERVENUTO

7. Rifiuta cure immediate - Specificare lesioni accusate: _____
 (solo se passeggero - Dichiarare: SI / NO)

TESTI OCULARI

Cognome e Nome _____ sesso: M / F
 nato il _____ a _____ (____) Nazione _____
 residente a _____ (____) in via _____
 docum. tipo _____ n° _____ ril. il _____ a _____ scade il _____
CD dichiarazione teste: 1 / 2 / 3 (Tel. _____)

Cognome e Nome _____ sesso: M / F
 nato il _____ a _____ (____) Nazione _____
 residente a _____ (____) in via _____
 docum. tipo _____ n° _____ ril. il _____ a _____ scade il _____
CD dichiarazione teste: 1 / 2 / 3 (Tel. _____)

Cognome e Nome _____ sesso: M / F
 nato il _____ a _____ (____) Nazione _____
 residente a _____ (____) in via _____
 docum. tipo _____ n° _____ ril. il _____ a _____ scade il _____
CD dichiarazione teste: 1 / 2 / 3 (Tel. _____)

Cognome e Nome _____ sesso: M / F
 nato il _____ a _____ (____) Nazione _____
 residente a _____ (____) in via _____
 docum. tipo _____ n° _____ ril. il _____ a _____ scade il _____
CD dichiarazione teste: 1 / 2 / 3 (Tel. _____)

CD DICHIARAZIONE TESTE

- CD 1** - Teste che dichiara sul luogo del sinistro (da riportare in allegato)
- CD 2** - Teste che dichiara presso il P.S. (da specificare negli ACCERTAMENTI all'ospedale)
- CD 3** - Teste che dichiara in un prosieguo di tempo (da specificare nelle NOTE)

PERSONE INFORTUNATE

Cognome e Nome _____ sesso: M / F

nato il _____ a _____ () Nazione _____

residente a _____ () in via _____

docum. tipo _____ n° _____ ril. il _____ a _____ scade il _____

Cintura / Casco: utilizzato inutilizzato esente
Airbag: esploso inesploso inesistente

Posizione occupata _____

Conducente veicolo Passeggero veicolo Pedone

1. Deceduto sul posto: - Santuario inviato dalla C.R.: SI / NO
- Ufficiale di P.G. inviato dalla C.R.: SI / NO
- Posizione del deceduto _____

2. Deceduto durante il trasporto SI - L'infornato già trasportato con autolettiga _____
 NO - L'infornato prima del trasporto _____

3. Deceduto durante le prime cure L'infornato già trasportato

4. Prognosi riservata SI

5. Ricoverato NO

6. Rimandato / Dimesso SI

2. Deceduto durante il trasporto SI

3. Deceduto durante le prime cure Ha riferito all'Agente in servizio presso l'Ospedale SI

4. Prognosi riservata NO

5. Ricoverato NO

1/6 Rimandato/Dimesso dopo le cure SI - Tornato in luogo ha riferito _____
 NO - Ha riferito all'Agente in servizio presso l'Ospedale _____

2/6 Rifiuta il ricovero SI

3/6 Allontanatosi senza responso NO

4/6 Allontanatosi prima delle cure NO

Notizie sulle LESIONI

Acquisite da

Dall'Agente in servizio presso l'Ospedale Matr. _____

Dalla Centrale Radio

Dal Referto Medico

Dall'infornato tornato in luogo

Recatosi, al termine dei rilievi, personalmente all'Ospedale (accertamenti all'Ospedale da specificare nelle NOTE)

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

7. Rifiuta cure immediate - Specificare lesioni accusate: _____

(solo se passeggero - Dichiarare: SI / NO)

PERSONE INFORTUNATE

Cognome e Nome _____ sesso: M / F

nato il _____ a _____ () Nazione _____

residente a _____ () in via _____

docum. tipo _____ n° _____ ril. il _____ a _____ scade il _____

Cintura / Casco: utilizzato inutilizzato esente
Airbag: esploso inesploso inesistente

Posizione occupata _____

Conducente veicolo Passeggero veicolo Pedone

1. Deceduto sul posto: - Santuario inviato dalla C.R.: SI / NO
- Ufficiale di P.G. inviato dalla C.R.: SI / NO
- Posizione del deceduto _____

2. Deceduto durante il trasporto SI - L'infornato già trasportato con autolettiga _____
 NO - L'infornato prima del trasporto _____

3. Deceduto durante le prime cure L'infornato già trasportato

4. Prognosi riservata SI

5. Ricoverato NO

6. Rimandato / Dimesso SI

2. Deceduto durante il trasporto SI

3. Deceduto durante le prime cure Ha riferito all'Agente in servizio presso l'Ospedale SI

4. Prognosi riservata NO

5. Ricoverato NO

1/6 Rimandato/Dimesso dopo le cure SI - Tornato in luogo ha riferito _____
 NO - Ha riferito all'Agente in servizio presso l'Ospedale _____

2/6 Rifiuta il ricovero SI

3/6 Allontanatosi senza responso NO

4/6 Allontanatosi prima delle cure NO

Notizie sulle LESIONI

Acquisite da

Dall'Agente in servizio presso l'Ospedale Matr. _____

Dalla Centrale Radio

Dal Referto Medico

Dall'infornato tornato in luogo

Recatosi, al termine dei rilievi, personalmente all'Ospedale (accertamenti all'Ospedale da specificare nelle NOTE)

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

7. Rifiuta cure immediate - Specificare lesioni accusate: _____

(solo se passeggero - Dichiarare: SI / NO)