

*Spett.le CONSAP S.p.A.  
Centro di Informazione Italiano  
Fax 06.85796270/229  
e-mail:richieste.centro@consap.it  
Via Yser, 14 - 00198 Roma*

*(allegare solo la fotocopia di  
un documento valido del danneggiato)*

**DATI DEL DANNEGGIATO**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Fax n. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

**DATI DEL RICHIEDENTE**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Fax n. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto chiede di conoscere il nome dell'impresa di assicurazione del veicolo immatricolato Italia responsabile del sinistro r.c. auto di cui riferisce i seguenti estremi:*

**data e ora del sinistro** \_\_\_\_\_

**nazione di accadimento del sinistro** \_\_\_\_\_

**targa del veicolo del responsabile:** \_\_\_\_\_

**tipologia / modello veicolo responsabile** \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o informazioni o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 28. 12. 2000 n. 445 in materia di documentazione amministrativa;

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**ATTO DI DELEGA se il richiedente è persona differente dal danneggiato**

*Il/la sottoscritto/a ( nome).....(cognome)..... in qualità di danneggiato/a del sinistro i cui estremi sono riportati in premessa e qui confermati integralmente, dichiara di delegare il sig..... a richiedere le informazioni riportate nel presente modulo.*

*Dichiara, altresì, di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445 in materia di documentazione amministrativa;*

Luogo e data	Firma .....
--------------	-------------