

Inserire
logo
del
Comune

POLIZIA MUNICIPALE

Progressivo Istat/Cremss

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RAPPORTO DI INCIDENTE STRADALE											
Protocollo <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											
<i>accaduto:</i>											
Anno <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			Mese _____								
Giorno <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>											
Ora (circa) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> , <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>											
Comune _____											
Provincia <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>											
Località _____											
Ora segnalazione <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> , <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Ora di arrivo sul posto <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> , <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>						

Tipologia di incidente al momento dei rilievi			
<input type="checkbox"/> soli danni alle cose	n° veicoli coinvolti <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		
<input type="checkbox"/> con feriti n° <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<input type="checkbox"/> con violazioni accertate e contestate
<input type="checkbox"/> con prognosi riservate n° <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<input type="checkbox"/> notizia di reato _____ protocollo
<input type="checkbox"/> con deceduti n° <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<input type="checkbox"/> artt. 222 - 223 C.d.S.
Intervento effettuato a seguito di:	Rilievi effettuati:		
<input type="checkbox"/> comunicazione dal Comando	<input type="checkbox"/> fotografici		
<input type="checkbox"/> d'iniziativa	<input type="checkbox"/> planimetrici		
<input type="checkbox"/> su richiesta dei coinvolti	<input type="checkbox"/> dichiarazioni coinvolti		
<input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> dichiarazioni terze persone		

Rilevatori		
Grado	Cognome e nome	Matricola

Localizzazione dell'incidente	
(denominazione della strada, numero, N° civico, eventuali intersezioni)	
NELL'ABITATO	
Strada urbana	1 <input type="checkbox"/> _____ N° <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> intersez. _____
Provinciale entro l'abitato	2 <input type="checkbox"/> SP N° <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ intersez. _____ Km <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Statale entro l'abitato	3 <input type="checkbox"/> SS N° <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ intersez. _____ Km <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Regionale entro l'abitato	0 <input type="checkbox"/> SR N° <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ intersez. _____ Km <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
FUORI ABITATO	
Comunale extraurbana	4 <input type="checkbox"/> _____ N° <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> intersez. _____
Provinciale	5 <input type="checkbox"/> SP N° <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ intersez. _____ Km <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Statale	6 <input type="checkbox"/> SS N° <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ intersez. _____ Km <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Autostrada	7 <input type="checkbox"/> N° <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ intersez. _____ Km <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Altra strada	8 <input type="checkbox"/> _____ intersez. _____
Regionale	9 <input type="checkbox"/> SR N° <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ intersez. _____ Km <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Natura dell'incidente				Traffico		
A) TRA VEICOLI IN MARCIA	B) TRA VEICOLO E PEDONI	D) VEICOLO IN MARCIA SENZA URTO		Intenso	<input type="checkbox"/>	
Scontro frontale	Investimento di n° <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pedoni	5 <input type="checkbox"/>	Fuoriuscita (sbandamento,...)	10 <input type="checkbox"/>	Normale	<input type="checkbox"/>
Scontro frontale-laterale			Infortunio per frenata improvvisa	11 <input type="checkbox"/>		
Scontro laterale	C) VEICOLO IN MARCIA CHE URTA VEICOLO FERMATO O ALTRO		Infortunio per caduta veicolo	12 <input type="checkbox"/>	Scarso	<input type="checkbox"/>
Tamponamento	Urto con veicolo in fermata o in arresto	6 <input type="checkbox"/>	Illuminazione			
Scontro posteriore-anteriore	Urto con veicolo in sosta	7 <input type="checkbox"/>	Diurna	<input type="checkbox"/>		
Scontro posteriore-laterale	Urto con ostacolo	8 <input type="checkbox"/>	Notturna: illuminazione	<input type="checkbox"/>	Assente	<input type="checkbox"/>
	Urto con treno	9 <input type="checkbox"/>	Notturna: illuminazione non presente	<input type="checkbox"/>		

Tipo di strada		Intersezione		Non intersezione		Fondo stradale		Segnaletica		Condizioni Meteorologiche			
Una carreggiata senso unico	1 <input type="checkbox"/>	A due corsie	<input type="checkbox"/>	Incrocio	1 <input type="checkbox"/>	Rettilineo	7 <input type="checkbox"/>	Asciutto	1 <input type="checkbox"/>	Assente	1 <input type="checkbox"/>	Sereno	1 <input type="checkbox"/>
						Curva	8 <input type="checkbox"/>	Bagnato	2 <input type="checkbox"/>	Verticale	2 <input type="checkbox"/>	Nuvoloso	7/a <input type="checkbox"/>
Una carreggiata doppio senso	2 <input type="checkbox"/>	A due corsie con canalizzazioni	<input type="checkbox"/>	Rotatoria	2 <input type="checkbox"/>	Dosso, strettoia	9 <input type="checkbox"/>	Sdruciolevole	3 <input type="checkbox"/>	Orizzontale	3 <input type="checkbox"/>	Nebbia	2 <input type="checkbox"/>
						Pendenza	10 <input type="checkbox"/>	Ghiacciato	4 <input type="checkbox"/>	Verticale e Orizzontale	4 <input type="checkbox"/>	Pioggia	3 <input type="checkbox"/>
Due carreggiate	3 <input type="checkbox"/>	A due corsie senza canalizzazioni	<input type="checkbox"/>	- con semaforo o vigile	4 <input type="checkbox"/>	Galleria illuminata	11 <input type="checkbox"/>	Innevato	5 <input type="checkbox"/>	di cantiere stradale	<input type="checkbox"/>	Grandine	4 <input type="checkbox"/>
						Galleria non illuminata	12 <input type="checkbox"/>					Neve	5 <input type="checkbox"/>
Più di due carreggiate	4 <input type="checkbox"/>	A tre corsie	<input type="checkbox"/>	- non segnalata	5 <input type="checkbox"/>	Ponte	<input type="checkbox"/>	Pavimentazione					
						Passaggio a livello	6 <input type="checkbox"/>	Strada pavimentata dissestata	1 <input type="checkbox"/>	Strada non pavimentata	3 <input type="checkbox"/>	Strada in riparazione	<input type="checkbox"/>
Larghezza carreggiata	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Strada senza marciapiede	<input type="checkbox"/>	Strada pavimentata	1 <input type="checkbox"/>	Strada non pavimentata	2 <input type="checkbox"/>					Altro	7 <input type="checkbox"/>

	VEICOLO A	VEICOLO B <input type="checkbox"/>	PEDONE <input type="checkbox"/>
Tipo			
Marca			
Modello			
Colore			
Cilindrata	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Peso tot. a pieno carico			
Natura carico			
Targa/Contrassegno			
Sigla (se veicolo estero)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Veicolo in sosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N° occupanti veicolo (conducente incluso)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telaio n°			
Data 1° immatricolazione	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data ultima revisione	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Km percorsi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Posizione leva cambio	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> R	
Compagnia assicurativa			
Agenzia di			
N° polizza			
Scadenza	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Intestatario assicurazione			
PROPRIETARIO			
Cognome			
Nome			
Sesso	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	
Luogo di nascita	(___)	(___)	
Data di nascita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Luogo di residenza	(___)	(___)	
Indirizzo di residenza	n°	n°	
	COMPROPRIETARIO <input type="checkbox"/> LOCATARIO <input type="checkbox"/>	COMPROPRIETARIO <input type="checkbox"/> LOCATARIO <input type="checkbox"/>	
Cognome			
Nome			
Sesso	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	
Luogo di nascita	(___)	(___)	
Data di nascita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Luogo di residenza	(___)	(___)	
Indirizzo di residenza	n°	n°	

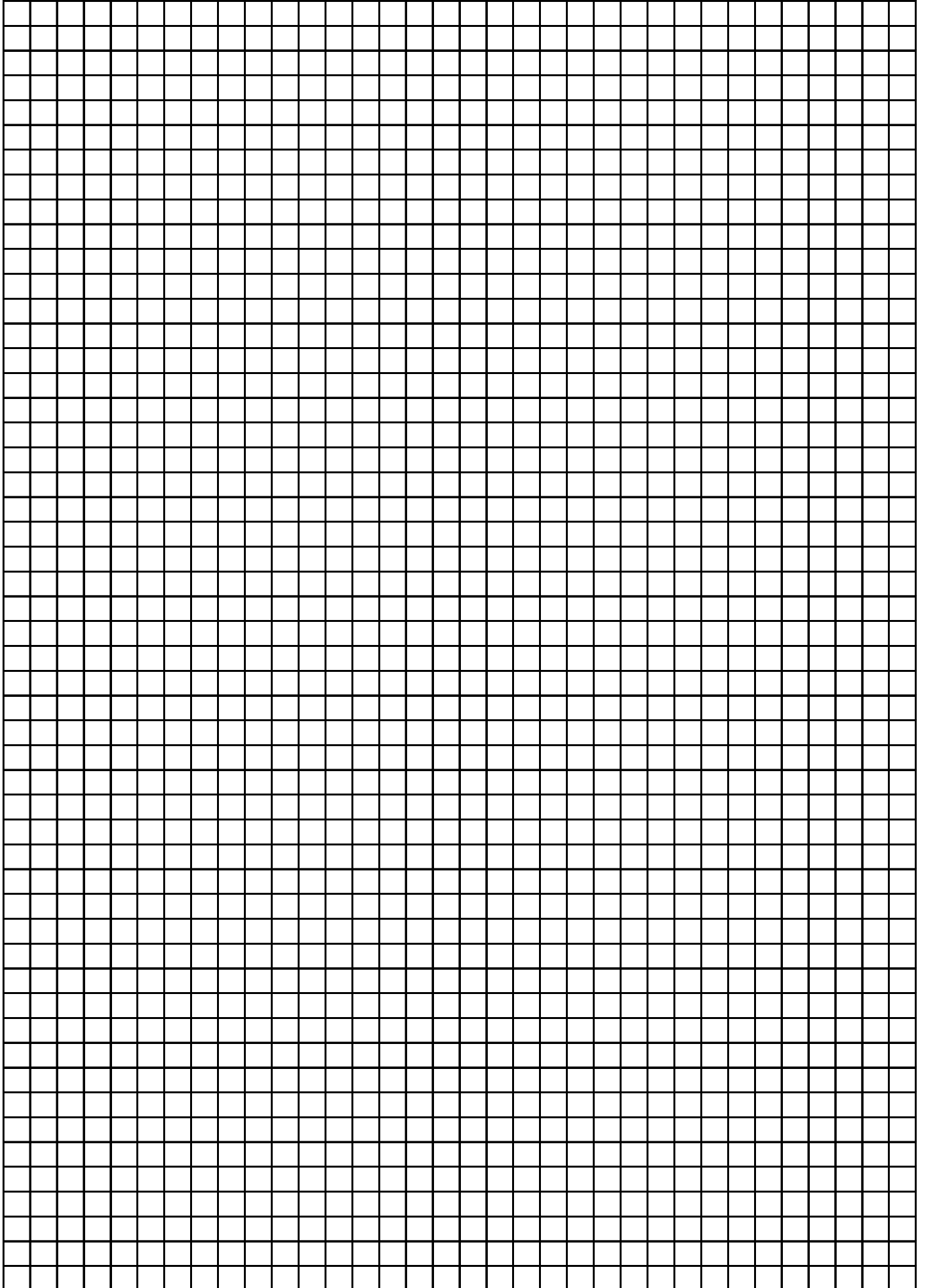
CONDUCENTE	VEICOLO A	VEICOLO B
Ignoto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conducente professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cognome		
Nome		
Sesso	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Luogo di nascita	(____)	(____)
Data di nascita	□□/□□/□□□□	□□/□□/□□□□
Luogo di residenza	(____)	(____)
Indirizzo di residenza	n°	n°
Recapito telefonico		
Identificato tramite:		
- Patente		
- Carta d'identità		
- Altro _____		
<i>rilasciata da</i>		
<i>in data</i>	□□/□□/□□□□	□□/□□/□□□□
<i>valida fino al</i>	□□/□□/□□□□	□□/□□/□□□□
Abilitazione alla guida posseduta	<input type="checkbox"/> Non richiesto <input type="checkbox"/> Patente ciclomotori <input type="checkbox"/> Foglio rosa <input type="checkbox"/> Tipo A <input type="checkbox"/> Tipo B <input type="checkbox"/> Tipo C <input type="checkbox"/> Tipo D <input type="checkbox"/> Tipo E <input type="checkbox"/> ABC speciale <input type="checkbox"/> C.Q.C. <input type="checkbox"/> Sprovvisto	<input type="checkbox"/> Non richiesto <input type="checkbox"/> Patente ciclomotori <input type="checkbox"/> Foglio rosa <input type="checkbox"/> Tipo A <input type="checkbox"/> Tipo B <input type="checkbox"/> Tipo C <input type="checkbox"/> Tipo D <input type="checkbox"/> Tipo E <input type="checkbox"/> ABC speciale <input type="checkbox"/> C.Q.C. <input type="checkbox"/> Sprovvisto
Cintura/Casco	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non obbligatorio	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non obbligatorio
Stato di salute del conducente	<input type="checkbox"/> Incolume <input type="checkbox"/> Morto entro 24 ore <input type="checkbox"/> Ferito <input type="checkbox"/> Morto entro 30 giorni	<input type="checkbox"/> Incolume <input type="checkbox"/> Morto entro 24 ore <input type="checkbox"/> Ferito <input type="checkbox"/> Morto entro 30 giorni
Istituto di visita e/o ricovero		
N° referto medico		
Prognosi	<input type="checkbox"/> Riservata □□□□ N° giorni	<input type="checkbox"/> Riservata □□□□ N° giorni
DANNI VEICOLO		
Stato del veicolo	<input type="checkbox"/> Non danneggiato <input type="checkbox"/> Danneggiato ma può ripartire <input type="checkbox"/> Non può ripartire perché: <input type="checkbox"/> ribaltato <input type="checkbox"/> incendiato <input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> Non danneggiato <input type="checkbox"/> Danneggiato ma può ripartire <input type="checkbox"/> Non può ripartire perché: <input type="checkbox"/> ribaltato <input type="checkbox"/> incendiato <input type="checkbox"/> altro _____
Descrizione danni		

VEICOLO C	VEICOLO D	VEICOLO E
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
(____)	(____)	(____)
□□□/□□□/□□□□□	□□□/□□□/□□□□□	□□□/□□□/□□□□□
(____)	(____)	(____)
n°	n°	n°
□□□/□□□/□□□□□	□□□/□□□/□□□□□	□□□/□□□/□□□□□
□□□/□□□/□□□□□	□□□/□□□/□□□□□	□□□/□□□/□□□□□
<input type="checkbox"/> Non richiesto <input type="checkbox"/> Patente ciclomotori	<input type="checkbox"/> Non richiesto <input type="checkbox"/> Patente ciclomotori	<input type="checkbox"/> Non richiesto <input type="checkbox"/> Patente ciclomotori
<input type="checkbox"/> Foglio rosa <input type="checkbox"/> Tipo A <input type="checkbox"/> Tipo B	<input type="checkbox"/> Foglio rosa <input type="checkbox"/> Tipo A <input type="checkbox"/> Tipo B	<input type="checkbox"/> Foglio rosa <input type="checkbox"/> Tipo A <input type="checkbox"/> Tipo B
<input type="checkbox"/> Tipo C <input type="checkbox"/> Tipo D <input type="checkbox"/> Tipo E	<input type="checkbox"/> Tipo C <input type="checkbox"/> Tipo D <input type="checkbox"/> Tipo E	<input type="checkbox"/> Tipo C <input type="checkbox"/> Tipo D <input type="checkbox"/> Tipo E
<input type="checkbox"/> ABC speciale <input type="checkbox"/> C.Q.C. <input type="checkbox"/> Sprovvisto	<input type="checkbox"/> ABC speciale <input type="checkbox"/> C.Q.C. <input type="checkbox"/> Sprovvisto	<input type="checkbox"/> ABC speciale <input type="checkbox"/> C.Q.C. <input type="checkbox"/> Sprovvisto
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non obbligatorio	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non obbligatorio	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non obbligatorio
<input type="checkbox"/> Incolume <input type="checkbox"/> Morto entro 24 ore	<input type="checkbox"/> Incolume <input type="checkbox"/> Morto entro 24 ore	<input type="checkbox"/> Incolume <input type="checkbox"/> Morto entro 24 ore
<input type="checkbox"/> Ferito <input type="checkbox"/> Morto entro 30 giorni	<input type="checkbox"/> Ferito <input type="checkbox"/> Morto entro 30 giorni	<input type="checkbox"/> Ferito <input type="checkbox"/> Morto entro 30 giorni
<input type="checkbox"/> Riservata □□□□ N° giorni	<input type="checkbox"/> Riservata □□□□ N° giorni	<input type="checkbox"/> Riservata □□□□ N° giorni
<input type="checkbox"/> Non danneggiato	<input type="checkbox"/> Non danneggiato	<input type="checkbox"/> Non danneggiato
<input type="checkbox"/> Danneggiato ma può ripartire	<input type="checkbox"/> Danneggiato ma può ripartire	<input type="checkbox"/> Danneggiato ma può ripartire
<input type="checkbox"/> Non può ripartire perché:	<input type="checkbox"/> Non può ripartire perché:	<input type="checkbox"/> Non può ripartire perché:
<input type="checkbox"/> ribaltato	<input type="checkbox"/> ribaltato	<input type="checkbox"/> ribaltato
<input type="checkbox"/> incendiato	<input type="checkbox"/> incendiato	<input type="checkbox"/> incendiato
<input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> altro _____

	PASSEGGERO SUL VEICOLO A	PASSEGGERO SUL VEICOLO B
Cognome		
Nome		
Sesso	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Luogo di nascita	(____)	(____)
Data di nascita	□□□/□□□/□□□□□	□□□/□□□/□□□□□
Luogo di residenza	(____)	(____)
Indirizzo di residenza	n°	n°
Posizione passeggero	<input type="checkbox"/> Anteriore <input type="checkbox"/> Posteriore	<input type="checkbox"/> Anteriore <input type="checkbox"/> Posteriore
	<input type="checkbox"/> Centrale <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx	<input type="checkbox"/> Centrale <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx
	(autobus) <input type="checkbox"/> In piedi <input type="checkbox"/> Seduto	(autobus) <input type="checkbox"/> In piedi <input type="checkbox"/> Seduto
Cintura/Casco	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Stato di salute del conducente	<input type="checkbox"/> Incolume <input type="checkbox"/> Morto entro 24 ore	<input type="checkbox"/> Incolume <input type="checkbox"/> Morto entro 24 ore
	<input type="checkbox"/> Ferito <input type="checkbox"/> Morto entro 30 giorni	<input type="checkbox"/> Ferito <input type="checkbox"/> Morto entro 30 giorni
Istituto di visita e/o ricovero		
N° referto medico		
Prognosi	<input type="checkbox"/> Riservata □□□□□ N° giorni	<input type="checkbox"/> Riservata □□□□□ N° giorni
	PASSEGGERO SUL VEICOLO A	PASSEGGERO SUL VEICOLO B
Cognome		
Nome		
Sesso	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Luogo di nascita	(____)	(____)
Data di nascita	□□□/□□□/□□□□□	□□□/□□□/□□□□□
Luogo di residenza	(____)	(____)
Indirizzo di residenza	n°	n°
Posizione passeggero	<input type="checkbox"/> Anteriore <input type="checkbox"/> Posteriore	<input type="checkbox"/> Anteriore <input type="checkbox"/> Posteriore
	<input type="checkbox"/> Centrale <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx	<input type="checkbox"/> Centrale <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx
	(autobus) <input type="checkbox"/> In piedi <input type="checkbox"/> Seduto	(autobus) <input type="checkbox"/> In piedi <input type="checkbox"/> Seduto
Cintura/Casco	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Stato di salute del conducente	<input type="checkbox"/> Incolume <input type="checkbox"/> Morto entro 24 ore	<input type="checkbox"/> Incolume <input type="checkbox"/> Morto entro 24 ore
	<input type="checkbox"/> Ferito <input type="checkbox"/> Morto entro 30 giorni	<input type="checkbox"/> Ferito <input type="checkbox"/> Morto entro 30 giorni
Istituto di visita e/o ricovero		
N° referto medico		
Prognosi	<input type="checkbox"/> Riservata □□□□□ N° giorni	<input type="checkbox"/> Riservata □□□□□ N° giorni

PASSEGGERO SUL VEICOLO C	PASSEGGERO SUL VEICOLO D	PASSEGGERO SUL VEICOLO E
<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
(____)	(____)	(____)
□□□/□□□/□□□□□	□□□/□□□/□□□□□	□□□/□□□/□□□□□
(____)	(____)	(____)
n°	n°	n°
<input type="checkbox"/> Anteriore <input type="checkbox"/> Posteriore	<input type="checkbox"/> Anteriore <input type="checkbox"/> Posteriore	<input type="checkbox"/> Anteriore <input type="checkbox"/> Posteriore
<input type="checkbox"/> Centrale <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx	<input type="checkbox"/> Centrale <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx	<input type="checkbox"/> Centrale <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx
(autobus) <input type="checkbox"/> In piedi <input type="checkbox"/> Seduto	(autobus) <input type="checkbox"/> In piedi <input type="checkbox"/> Seduto	(autobus) <input type="checkbox"/> In piedi <input type="checkbox"/> Seduto
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Incolume <input type="checkbox"/> Morto entro 24 ore	<input type="checkbox"/> Incolume <input type="checkbox"/> Morto entro 24 ore	<input type="checkbox"/> Incolume <input type="checkbox"/> Morto entro 24 ore
<input type="checkbox"/> Ferito <input type="checkbox"/> Morto entro 30 giorni	<input type="checkbox"/> Ferito <input type="checkbox"/> Morto entro 30 giorni	<input type="checkbox"/> Ferito <input type="checkbox"/> Morto entro 30 giorni
<input type="checkbox"/> Riservata □□□□□ N° giorni	<input type="checkbox"/> Riservata □□□□□ N° giorni	<input type="checkbox"/> Riservata □□□□□ N° giorni
PASSEGGERO SUL VEICOLO C	PASSEGGERO SUL VEICOLO D	PASSEGGERO SUL VEICOLO E
<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
(____)	(____)	(____)
□□□/□□□/□□□□□	□□□/□□□/□□□□□	□□□/□□□/□□□□□
(____)	(____)	(____)
n°	n°	n°
<input type="checkbox"/> Anteriore <input type="checkbox"/> Posteriore	<input type="checkbox"/> Anteriore <input type="checkbox"/> Posteriore	<input type="checkbox"/> Anteriore <input type="checkbox"/> Posteriore
<input type="checkbox"/> Centrale <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx	<input type="checkbox"/> Centrale <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx	<input type="checkbox"/> Centrale <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx
(autobus) <input type="checkbox"/> In piedi <input type="checkbox"/> Seduto	(autobus) <input type="checkbox"/> In piedi <input type="checkbox"/> Seduto	(autobus) <input type="checkbox"/> In piedi <input type="checkbox"/> Seduto
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Incolume <input type="checkbox"/> Morto entro 24 ore	<input type="checkbox"/> Incolume <input type="checkbox"/> Morto entro 24 ore	<input type="checkbox"/> Incolume <input type="checkbox"/> Morto entro 24 ore
<input type="checkbox"/> Ferito <input type="checkbox"/> Morto entro 30 giorni	<input type="checkbox"/> Ferito <input type="checkbox"/> Morto entro 30 giorni	<input type="checkbox"/> Ferito <input type="checkbox"/> Morto entro 30 giorni
<input type="checkbox"/> Riservata □□□□□ N° giorni	<input type="checkbox"/> Riservata □□□□□ N° giorni	<input type="checkbox"/> Riservata □□□□□ N° giorni

RILIEVO PLANIMETRICO



RIEPILOGO FOTOGRAFIE EFFETTUATE

NUMERO TOTALE FOTOGRAFIE | | |

n° | | | foto per ogni direzione di marcia dei veicoli

n° | | | foto d'insieme dei veicoli

n° | | | foto dei feriti e/o deceduti

n° | | | foto dei capisaldi e altri punti di riferimento

n° | | | foto relative ai danni a veicoli e cose

n° | | | foto _____

TASCA PORTA FOTO