

Inserire  
logo  
del  
Comune

## POLIZIA MUNICIPALE

Progressivo Istat/Cremss 

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

<b>RAPPORTO DI INCIDENTE STRADALE</b>																					
Protocollo	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																				
<i>accaduto:</i>																					
Anno	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			Mese	_____	Giorno	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>														
		Ora (circa)	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			,	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>														
Comune	_____			Provincia	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																
Località	_____																				
Ora segnalazione	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			,	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			Ora di arrivo sul posto	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			,	<table border="1" style="display: inline-table;"><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;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		
<input type="checkbox"/> con feriti n° <table border="1" style="display: inline-table;"><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;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<input type="checkbox"/> notizia di reato _____ <span style="font-size: small; margin-left: 150px;">protocollo</span>
<input type="checkbox"/> con deceduti n° <table border="1" style="display: inline-table;"><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	

<b>Rilevatori</b>		
Grado	Cognome e nome	Matricola

### Localizzazione dell'incidente

(denominazione della strada, numero, N° civico, eventuali intersezioni)

#### NELL'ABITATO

Strada urbana 1  \_\_\_\_\_ N°  intersez. \_\_\_\_\_

Provinciale entro l'abitato 2  SP N°  \_\_\_\_\_ intersez. \_\_\_\_\_ Km .

Statale entro l'abitato 3  SS N°  \_\_\_\_\_ intersez. \_\_\_\_\_ Km .

Regionale entro l'abitato 0  SR N°  \_\_\_\_\_ intersez. \_\_\_\_\_ Km .

#### FUORI ABITATO

Comunale extraurbana 4  \_\_\_\_\_ N°  intersez. \_\_\_\_\_

Provinciale 5  SP N°  \_\_\_\_\_ intersez. \_\_\_\_\_ Km .

Statale 6  SS N°  \_\_\_\_\_ intersez. \_\_\_\_\_ Km .

Autostrada 7  N°  \_\_\_\_\_ intersez. \_\_\_\_\_ Km .

Altra strada 8  \_\_\_\_\_ intersez. \_\_\_\_\_

Regionale 9  SR N°  \_\_\_\_\_ intersez. \_\_\_\_\_ Km .

### Natura dell'incidente

### Traffico

A) TRA VEICOLI IN MARCIA	B) TRA VEICOLO E PEDONI	D) VEICOLO IN MARCIA SENZA URTO	Traffico	
Scontro frontale 1 <input type="checkbox"/>	Investimento di n° <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pedoni 5 <input type="checkbox"/>	Fuoriuscita (sbandamento,...) 10 <input type="checkbox"/>	Intenso <input type="checkbox"/>	
Scontro frontale-laterale 2 <input type="checkbox"/>	C) VEICOLO IN MARCIA CHE URTA VEICOLO FERMO O ALTRO	Infornuto per frenata improvvisa 11 <input type="checkbox"/>	Normale <input type="checkbox"/>	
Scontro laterale 3 <input type="checkbox"/>		Infornuto per caduta veicolo 12 <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>	
Tamponamento 4 <input type="checkbox"/>	Urto con veicolo in fermata o in arresto 6 <input type="checkbox"/>	<b>Illuminazione</b>		
Scontro posteriore-anteriore 4a <input type="checkbox"/>	Urto con veicolo in sosta 7 <input type="checkbox"/>	Diurna <input type="checkbox"/>		Assente <input type="checkbox"/>
Scontro posteriore-laterale 2a <input type="checkbox"/>	Urto con ostacolo 8 <input type="checkbox"/>	Notturna: illuminazione <input type="checkbox"/>		
	Urto con treno 9 <input type="checkbox"/>	Notturna: illuminazione non presente <input type="checkbox"/>		

Tipo di strada	Corsie	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"/>	
	A due corsie con canalizzazioni <input type="checkbox"/>	Rotatoria 2 <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 senza canalizzazioni <input type="checkbox"/>	Intersezione segnalata 3 <input type="checkbox"/>	Dosso, strettoia 9 <input type="checkbox"/>	Sdruciolevole 3 <input type="checkbox"/>	Orizzontale 3 <input type="checkbox"/>	Nebbia 2 <input type="checkbox"/>	
	A tre corsie <input type="checkbox"/>	- con semaforo o vigile 4 <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"/>	Dettagli	- non segnalata 5 <input type="checkbox"/>	Galleria illuminata 11 <input type="checkbox"/>	di cantiere stradale <input type="checkbox"/>		Grandine 4 <input type="checkbox"/>	
		Passaggio a livello 6 <input type="checkbox"/>	Galleria non illuminata 12 <input type="checkbox"/>			Neve 5 <input type="checkbox"/>	
Più di due carreggiate 4 <input type="checkbox"/>	Strada con marciapiede <input type="checkbox"/>		Ponte <input type="checkbox"/>	Innevato 5 <input type="checkbox"/>		Vento forte 6 <input type="checkbox"/>	
Larghezza carreggiata <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Strada senza marciapiede <input type="checkbox"/>	<b>Pavimentazione</b>				Strada in riparazione <input type="checkbox"/>	Altro 7 <input type="checkbox"/>
		Strada pavimentata 1 <input type="checkbox"/>	Strada pavimentata dissestata 2 <input type="checkbox"/>	Strada non pavimentata 3 <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			
<b>PROPRIETARIO</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	<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°	



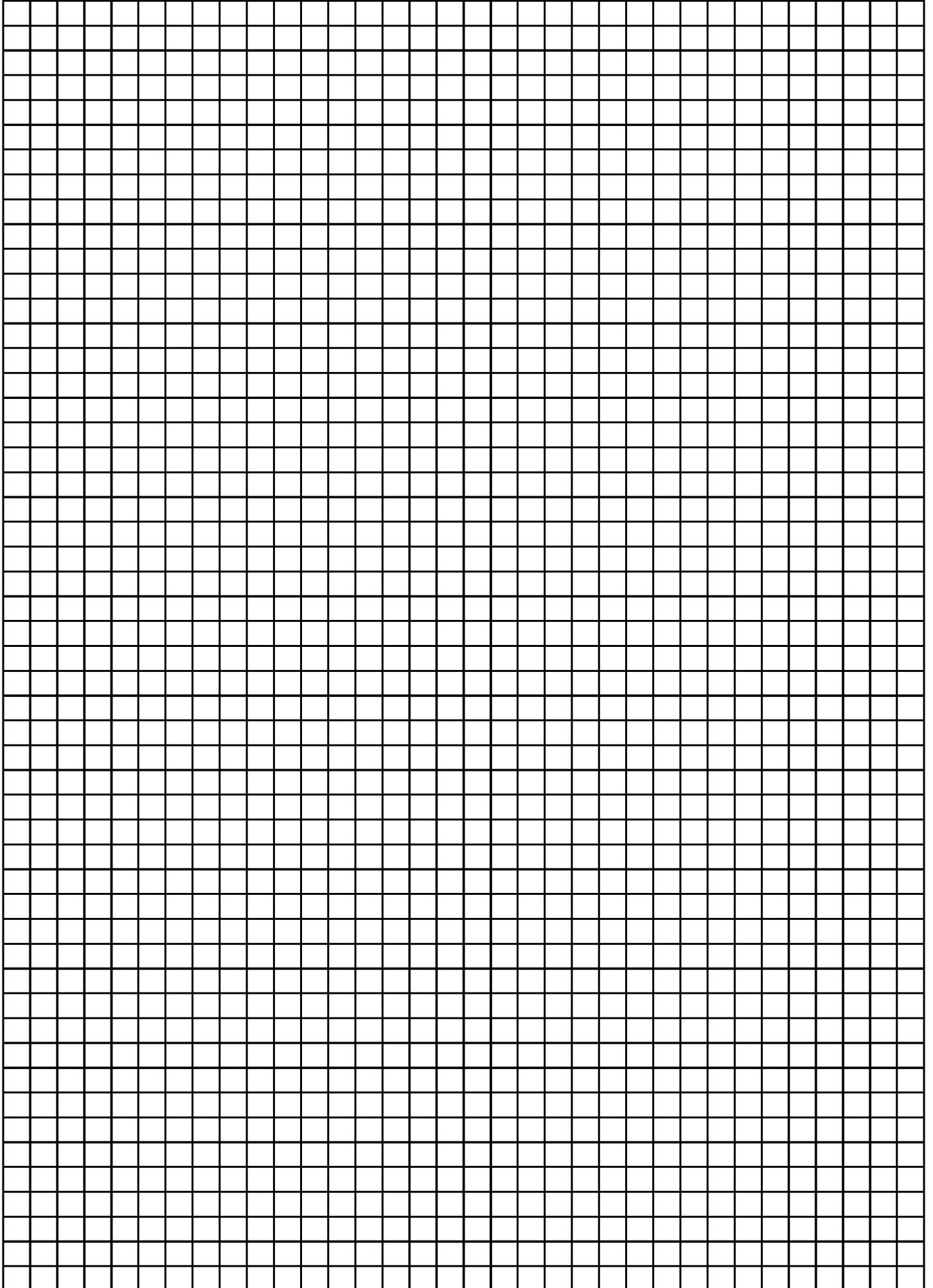
CONDUCENTE	VEICOLO A	VEICOLO B
Ignoto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conducente professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cognome		
Nome		
Sesso	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> 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
<b>DANNI VEICOLO</b>		
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**