

N° Doc. 700000035638001

N° Arch. T 00000337 0027

Dichiarazione dell'assicurato (AS1) - 1/3

(per infortunio procurato da terzi)

Alla Sede Inps di **BORGOSIESIA**

Centro Medico Legale

Indirizzo **VIA MANARA, 2 13100 VERCELLI (89)**

NOME **Diego** COGNOME **GIUBERTONI**
CODICE FISCALE **GBRDGI84C09L669W** NATO/A IL **GG/MM/AAAA** **09/03/1994**
A **VARALLO** PROV. **VC** STATO **ITALIA**
RESIDENTE IN **VARALLO** PROV. **VC** STATO **ITALIA**
INDIRIZZO **ALLA CAMPAGNA SNC** CAP **13019**
TELEFONO **CELLULARE** **3475847520**
INDIRIZZO E-MAIL **DG-IUB5@GMAIL.COM**

Dipendente dell'azienda (alla data dell'infortunio) HT SRL
matricola aziendale 05/11/2012
qualifica INPIEGATO tipo di contratto COMMERCIO
con sede in via DELLA NOBIOVA 13 città MILANO
orario di lavoro 9-18

Infortunio extralavorativo

Si ricorda che se l'infortunio extralavorativo è stato determinato da un fatto illecito di un terzo, l'Inps ha diritto di ottenere dal terzo responsabile o dal suo assicuratore il rimborso delle indennità pagate in conseguenza dell'evento.

L'interessato è tenuto, in caso di accordo o pagamento, a far salvi i relativi diritti dell'Inps e a non accettare somme prima che l'Istituto non sia stato garantito in ordine al soddisfacimento del suo diritto di surroga e in caso di pregiudizio, a rimborsare, comunque, all'Inps le spese da questo sostenute (art. 1916 codice civile e decreto legislativo n. 209/2005 articolo 142).

Barrare la casella corrispondente

L'infortunio è avvenuto in ALPE MERA (VC) il (gg/mm/aaaa) 21/12/2013 alle ore 15:30

si è trattato di un infortunio accidentale provocato da terzi

causato da veicolo da natante a motore

il veicolo o il natante a motore è identificato è coperto da assicurazione

l'infortunato era conducente trasportato pedone su altro mezzo a motore

tipo e numero di targa del mezzo _____

Assicurazione dell'infortunato dichiarante _____

agenzia di _____

via _____

numero polizza _____ scadenza _____

Dichiarazione dell'assicurato (AS1) - 2/3

(per infortunio procurato da terzi)

Barrare la casella corrispondente

Incidente provocato da terzi- dati del conducente responsabile

Cognome _____ Nome _____

via/piazza _____ città _____

Tipo e numero di targa del mezzo _____

Dati del proprietario (se diverso dal conducente) _____

compagnia assicuratrice _____ agenzia di _____

via _____ numero polizza _____ scadenza _____

Se l'infortunato era trasportato, si riportano le generalità ed indirizzo del conducente/proprietario

Cognome _____ Nome _____

via/piazza _____ città _____

Tipo e numero di targa del mezzo su cui viaggiava l'infortunato _____

compagnia assicuratrice del mezzo su cui viaggiava _____ agenzia di _____

via _____ numero polizza _____ scadenza _____

Incidente provocato da terzi- dati del presunto responsabile in caso di percosse, rissa, aggressione.....

Cognome _____ Nome _____

via/piazza _____ città _____

Notizie generali

descrizione dell'evento Caduta in snowboard. Intervento elicottero

(Indicare i dati di eventuali testimoni)

Autorità intervenute (carabinieri, polizia stradale, vigili urbani, asl, ispettorato del lavoro...) SOCORSO ALPINO, MA 118 (ELISOCOR)

ho denunciato l'infortunio alla mia assicurazione

ho citato in giudizio il presunto responsabile per il risarcimento del danno in sede civile presso l'ufficio giudiziario di _____

Professionista (avvocato o altro) incaricato per il recupero delle somme dovute a titolo di risarcimento

Cognome _____ Nome _____

via/piazza _____ città _____

il danno è stato risarcito - in che misura _____

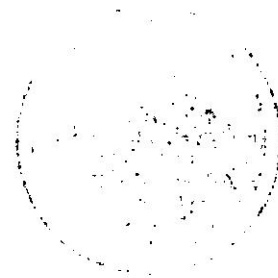
ritengo che il fatto costituisce reato _____ esiste un procedimento penale in corso _____

ho proposto querela (allego copia o mi impegno a inviarla alla sede Inps entro 15 giorni)

mi sono costituito o intendo costituirmi parte civile

Data 28/03/2014

Firma Diego Giubaldi



Dichiarazione dell'assicurato (AS1) - 3/3

(per infortunio procurato da terzi)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto. Il loro elenco completo ed aggiornato è disponibile sul sito www.inps.it.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.

Osservazioni della struttura INPS

Dirigente medico di Sede _____

giudizio medico-legale _____

Data _____

Firma _____

Responsabile Unità di processo _____

Data _____

Firma _____