

SANITASERVICE ASL BA SRL



Soggetta al controllo analogo del socio unico ASL di Bari
Sede legale: Lungomare Starita, 6 – 70123 Bari
Sede operativa: via Dei Bersaglieri, 3 – 70126 Bari – Tel.0803217901 Fax 0803217916
Capitale Sociale Euro 100.000,00 interamente versato
CF - P. IVA 07077140726
E-mail: direzione.amministrazione@sanitaserviceaslba.it
Web site: www.sanitaserviceaslba.it

Oggetto: Dichiarazione testimoniale

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il ____/____/____, identificato/a dal documento di identità

allegato alla presente

DICHIARA di aver assistito in qualità di:

☐ TRASPORTATO

☐ PEDONE

☐ ALTRO (soccorritore, infermiere, medico)

al sinistro accaduto il giorno ____/____/____ alle ore _____ in via/piazza

_____ comune _____ in

provincia di _____ tra il veicolo (marca/modello)

_____ targato _____ e il

veicolo (marca/modello) _____ targato

In caso di ulteriori veicoli coinvolti inserire di seguito marca/modello e targa:

SANITASERVICE ASL BA SRL



Soggetta al controllo analogo del socio unico ASL di Bari
Sede legale: Lungomare Starita, 6 – 70123 Bari
Sede operativa: via Dei Bersaglieri, 3 – 70126 Bari – Tel.0803217901 Fax 0803217916
Capitale Sociale Euro 100.000,00 interamente versato
CF - P. IVA 07077140726
E-mail: direzione.amministrazione@sanitaserviceaslba.it
Web site: www.sanitaserviceaslba.it

Dichiara altresì che il suddetto sinistro avveniva secondo le seguenti modalità:

ALLA PRESENTE SI ALLEGA DOCUMENTO D'IDENTITA'.

Luogo e data

Firma
