

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@sanitasserviceaslba.it

Web site: www.sanitasserviceaslba.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
