

Le informazioni contenute in questo facsimile sono riservate e per uso esclusivo del destinatario. Persone diverse dallo stesso non possono copiare o consegnare il facsimile a terzi. Chiunque riceva questo facsimile per errore è pregato di informarci chiamando il seguente numero: 099/7356261.

TRASMISSIONE FAX

Taranto li, 12/11/2008

DA: A.M.A.T. S.p.a. Ufficio Sinistri
Tel. e Fax 099/7356261

A:

Spett.le **NATIONALE SUISSE ASSICURAZIONI - AGENZIA DI TARANTO**
BI.BA.ASS. S.n.c. di Antonio Bisanti e Valerio Basta
Via Nitti, 45/A - 74100 TARANTO
FAX 099/4534246

A:

Spett.le **IACOBINO INSURANCE BROKERS SRL**
VIA CAVOUR, 30 - 74100 TARANTO
FAX 099/4533553

OGGETTO: SINISTRO DEL 07/11/2008 A POL. N.23461892
AMAT SPA (CX199XG) / OLKOWSKI RYSZARD KRYSZTOF
NS. RIF. 336/NS/08

VI ANTICIPIAMO VIA FAX LA DENUNCIA DI SINISTRO INDICATO IN OGGETTO.

SEGUE TRASMISSIONE DELLA COPIA ORIGINALE.

DISTINTI SALUTI.

UFFICIO SINISTRI

N° pagine inclusa la presente: 3

RAPPORTO TX

12 NOV. 2008 10:11

LOGO : UFF. SINISTRI AMAT SPA
FAX NO. : 0997356261

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00994534246	12 NOV. 10:10	01'01	TX	03	OK

RAPPORTO TX

12 NOV. 2008 10:13

LOGO : UFF. SINISTRI AMAT SPA
FAX NO. : 0997356261

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00994533553	12 NOV. 10:12	00'42	TX	03	OK

23461892

DENUNCIA DI SINISTRO STRADALE

N° SINISTRO	DATA SINISTRO	ORA	MODALITA' APERTURA		
336/NS/08	07/11/2008	11.10	DENUNCIA AGENTE		
LINEA	LUOGO IN CUI E' ACCADUTO IL SINISTRO		ANGOLO		
3	VIA OBERDAN				
DIREZIONE		N° SOCIALE	TARGA AUTOBUS		
TAMBURI - CITTA' MERCATO		533	CX 199 XG		
MATR. AGENTE	COGNOME	NOME	QUALIFICA		
149210	LAMARINA	ANTONIO	CONDUCENTE DI LINEA		
COMUNE DI NASCITA	DATA DI NASCITA	DATA ASSUNZIONE	COMUNE DI RESIDENZA	C.A.P.	
TARANTO	17-08-79	12-12-2005	LAMA	74020	
DOMICILIO	TIPO PATENTE	N° PATENTE	RILASCIATA A	DATA RILASCIO	SCADENZA PATENTE
VIA PRIMULE 42	D	TA5114906Y	TARANTO	01/10/2001	28/09/2011
COMPAGNIA ASSICURATRICE A.M.A.T.			COMPAGNIA ASSICURATRICE KASKO AGENTE		
NATIONALE SUISSE					

DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 1° VEICOLO

MARCA	MODELLO	TARGA	PROPRIETARIO	COMUNE DI RESIDENZA
VIA / PIAZZA		COMPAGNIA ASSICURATRICE		
CONDUCENTE (SE DIVERSO DA PROPRIETARIO) VIA / PIAZZA		COMUNE DI RESIDENZA		
1° DANNEGGIATO		NATURA DEL DANNO		
OLKOWSKI RYSZARD KRYSZTOF (Polonia, 15/03/87)				
2° DANNEGGIATO		NATURA DEL DANNO		

DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 2° VEICOLO

MARCA	MODELLO	TARGA	PROPRIETARIO	RESIDENZA
DOMICILIO	COMPAGNIA ASSICURATRICE	IMPORTO DANNI	LIQUIDATORE	
3° DANNEGGIATO	NATURA DEL DANNO			
4° DANNEGGIATO	NATURA DEL DANNO			

AUTORITA' INTERVENUTA

TESTIMONI

RESPONSABILITA' DESUNTA DALL'UFFICIO

SINISTRO PASSIVO

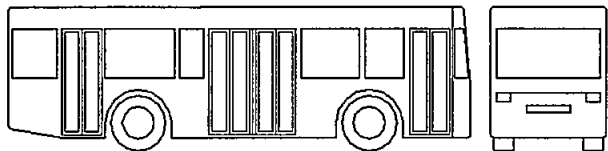
☐ VALIDAZIONE DELLA DIREZIONE

RESPONSABILITA' ACCERTATA IN VIA DEFINITIVA % COLPA CONDUCENTE

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

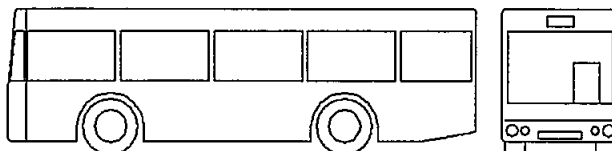
Vista laterale destra

Vista posteriore



Vista laterale sinistra

Vista anteriore



DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALL'AUTOBUS

	▲
	▼

DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALLA CONTROPARTE

	▲
	▼

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

MENTRE PERCORREVO VIA OBERDAN, NEI PRESSI DI VIA REGINA ELENA, UN PEDONE PRESUMIBILMENTE DI NAZIONALITA' STRANIERA IMPROVVISAMENTE ATTRAVERSAVA LA STRADA CORRENDO A DISTANZA RAVVICINATA DAL BUS. RIUSCIVO IN TEMPO AD EVITARE L'INVESTIMENTO DEL PEDONE EFFETTUANDO UNA BRUSCA FRENATA A SEGUITO DELLA QUALE UN PASSEGGERO DI NAZIONALITA' POLACCA PERDEVA L'EQUILIBRIO E CADEVA SUL PAVIMENTO DEL BUS. POICHE' IL VIAGGIATORE IN QUESTIONE NON SI ALZAVA DAL PUNTO DOVE ERA CADUTO E NON PARLAVA HO FATTO PRONTAMENTE INTERVENIRE I MEDICI DEL 118 I QUALI SI SONO PORTATI VIA IN AMBULANZA L'INTERESSATO.

NON RICEVEVO ULTERIORI SEGNALAZIONI DI INFORTUNIO DA PARTE DEI VIAGGIATORI A BORDO, I QUALI EFFETTUAVANO IL TRASBORDO SU ALTRO BUS DELLA LINEA 3.

SINISTRI DENUNZIATI DA TERZI SENZA INDIVIDUAZIONE DELL'AGENTE RESPONSABILE

☐ PROVVEDIMENTO PRESIDENTE

APERTURA SINISTRO

☐ SI ☐ NO

Il Capo Ufficio

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Il Conducente

TA, 10/11/08

CEDOLA DI VIAGGIO DEL BUS N° 533 DATA 07-11-08

RISERVATO OPERATORE DI ESERCIZIO						RISERVATO AI CONTROLLI		
Linea N°	Orario di partenza		Orario di arrivo		OPERATORE: COGNOME e NOME (STAMPATELLO)	Orario	Località	Firma Verificatore (PER ESTESO)
	CAPOLINEA LOCALITÀ	ORE	CAPOLINEA LOCALITÀ	ORE				
3	CM	440	TAM	518	LAMARINA A.			
3	TAM	530	CM	608	"			
3	CM	620	TAM	700	"			
3	TAM	710	CM	757	"	7,45	DALIC	
3	CM	800	TAM	903	"			
3	TAM	904	CM	950	"	10,20	013	
3	CM	953	TAM	1047	"			
3	TAM	1050	CM	1100	LAMARINA A.			
3	DANTE	12,25	TAM	12,50	GRECO P			
3	TAM	12,50	CM	14,50	GRECO P			
3	CM	14,50	DE	15,25	GRECO P			

LISTA DI CONTROLLO (CHECK-LIST)

(Da compilarsi a cura dell'Operatore di Esercizio all'inizio ed alla fine di ogni turno)

1

TURNO DI SERVIZIO n° _____

DALLE ORE 425

ALLE ORE 1140

LINEA 3

FIRMA OPERATORE DI ESERCIZIO
Antonio Samorini

CONTROLLI (Barrare la voce che ricorre)	Inizio Turno	Fine Turno
Indicatori di linea	NE	NE
Indicatori di direzione	NE	NE
Impianto illuminazione	NE	NE
Luci interne	NE	NE
Strumentazione di bordo	NE	NE
Obliteratrici	NE	NE
Martelletto rompivetro di sicurezza	M	M
Sigilli maniglia uscita di sicurezza	M	M
Regolamento viaggiatori interno bus	M	M
Estintore	M	M
Pulizia del Bus	INS	INS
Cintura di sicurezza (portatori di Handicap)	NE	NE

2

TURNO DI SERVIZIO n° _____

DALLE ORE 1140

ALLE ORE 3

LINEA 15,20

FIRMA OPERATORE DI ESERCIZIO
[Signature]

CONTROLLI (Barrare la voce che ricorre)	Inizio Turno	Fine Turno
Indicatori di linea	NE	NE
Indicatori di direzione	NE	NE
Impianto illuminazione	NE	NE
Luci interne	NE	NE
Strumentazione di bordo	NE	NE
Obliteratrici	NE	NE
Martelletto rompivetro di sicurezza	M	M
Sigilli maniglia uscita di sicurezza	M	M
Regolamento viaggiatori interno bus	M	M
Estintore	M	M
Pulizia del Bus	INS	INS
Cintura di sicurezza (portatori di Handicap)	NE	NE

3

TURNO DI SERVIZIO n° 279

DALLE ORE 16:00

ALLE ORE 19:25

LINEA B11

FIRMA OPERATORE DI ESERCIZIO
[Signature]

CONTROLLI (Barrare la voce che ricorre)	Inizio Turno	Fine Turno
Indicatori di linea	NE	NE
Indicatori di direzione	NE	NE
Impianto illuminazione	NE	NE
Luci interne	NE	NE
Strumentazione di bordo	NE	NE
Obliteratrici	NE	NE
Martelletto rompivetro di sicurezza	M	M
Sigilli maniglia uscita di sicurezza	M	M
Regolamento viaggiatori interno bus	M	M
Estintore	M	M
Pulizia del Bus	INS	INS
Cintura di sicurezza (portatori di Handicap)	NE	NE

NE = Non Efficiente

M = Mancante

INS = Insufficiente

Irregolarità riscontrate durante il servizio (incidenti - guasti - etc.), già comunicata all'Area Tecnica con bolla di lavoro

n° _____ del _____:

** Alle ore 11,10 in V. OBERDAN interrompono la corsa per
problemi meccanici sul mio forgiatore!*

al rientro - visto: L'ADDETTO MOVIMENTO E TRAFFICO _____ / ore _____

Le informazioni contenute in questo facsimile sono riservate e per uso esclusivo del destinatario. Persone diverse dallo stesso non possono copiare o consegnare il facsimile a terzi. Chiunque riceva questo facsimile per errore è pregato di informarci chiamando il seguente numero: 099/7356261.

TRASMISSIONE FAX

Taranto li, 20/11/2008

DA: A.M.A.T. S.p.a. Ufficio Sinistri
Tel. e Fax 099/7356261

A:

Spett.le **NATIONALE SUISSE ASSICURAZIONI - AGENZIA DI TARANTO**
BI.BA.ASS. S.n.c. di Antonio Bisanti e Valerio Basta
Via Nitti, 45/A - 74100 TARANTO
FAX 099/4534246

A:

Spett.le **IACOBINO INSURANCE BROKERS SRL**
VIA CAVOUR, 30 - 74100 TARANTO
FAX 099/4533553

OGGETTO: SINISTRO DEL 07/11/2008 A POL. RCV N.23461892
AMAT SPA (CX199XG) / OLKOWSKI RYSZARD KRYSZTOF
NS. RIF. 336/NS/08

CON RIFERIMENTO AL SINISTRO INDICATO IN OGGETTO VI TRASMETTIAMO NOTA
PROT.22520 DEL 17/11/2008, DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI
FORMULATA DAL SIG. **OLKOWSKI RYSZARD KRYSZTOF**.

DISTINTI SALUTI.

UFFICIO SINISTRI

N° pagine inclusa la presente: 5

RAPPORTO TX

20 NOV. 2008 11:16

LOGO : UFF. SINISTRI AMAT SPA
FAX NO. : 0997356261

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00994534246	20 NOV. 11:15	01'39	TX	05	OK

RAPPORTO TX

20 NOV. 2008 11:18

LOGO : UFF. SINISTRI AMAT SPA
FAX NO. : 0997356261

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00994533553	20 NOV. 11:17	01'00	TX	05	OK

OGGETTO: RICHIESTA RISARCIMENTO DANNI

IO SOTTOSCRITTO OLKOWSKI RYSZARD
NATO A DUSENIKI ZAROS (POLONIA) IL 15/03/87
E RESIDENTE IN TARANTO VIA LUNGOMARE,
CHIEDE IL RISARCIMENTO DEI DANNI FISICI
RIFORTATI IN UN VS. MEZZO DI TRASPORTO,
IL GIORNO 07/11/08 - LINEA 3 BUS 533
ORE 11:10.

DOPO ESSERE SALITO SUL BUS, MENTRE MI
ACCINGEVO A TIMBRARE IL BIGLIETTO, UNA
IMPROVISA FRENATA DEL BUS, MI FACEVA CADERE
A TERRA. PROVOCANDOMI LESIONI, COME
RIFORTATO SULLA RELAZIONE DI PRONTO SOCCORSO.

22520
ProL N
Del 17 NOV. 2008
P PRESIDENTE ☐
DG DIRETTORE GENERALE ☐
DA DIRETTORE AMMINISTRATIVO ☐
DT DIRETTORE TECNICO ☐
UE ESERCIZIO MOVIMENTO ☐
UAG AFFARI GEN./P.R./SINISTRI ☒
UA ACQUISTI/CONTRATTI ☐
UC CONTABILITA'/BILANCIO ☐
UI INFORMATICA ☐
UP PERSONALE/RETRIBUZIONI ☐
UT TECNICO ☐
UPT PRODOTTI TRAFFICO ☐
URG RAGIONERIA/ECONOMATO ☐
STQ STAFF QUALITA' ☐

Olkowski Ryszard

17/11

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TA
PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
STABILIMENTO "SS. ANNUNZIATA" - TARANTO

STRUTTURA COMPLESSA DI MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

Direttore f.f.: Dr. Mario CRESCIMBINI

Tel. 099.4585456/7 - Fax 099.4590440

RELAZIONE DI PRONTO SOCCORSO

N° 31819

Data 08-11-88
Orario di Ingresso 12.00
Orario di Uscita 12.45

Cognome Olkowski Nome Ryszard Sesso M
Luogo e data di nascita Polve 15-3-82
Residenza Polve - Lungone
Documento d'identità

Diagnosi Elivella lottante
Battute allo stomaco con
rotte 1° e 2° nervo
migliore e ulcera 1° e 2°.

P.R.

LA PRESENTE RELAZIONE NON HA VALIDITÀ MEDICO-LEGALE E ASSICURATIVA

Accertamenti e terapia effettuata Pr a perical

Pr a perical
Pr a perical

Consulenze Pr a perical

Giunto cadavere ☐ A disposizione A.G. ☐ SI ☐ NO Riscontro diagnostico ☐ SI ☐ NO

Specificare se si tratta di: Pr a perical

☐ Infortunio sul lavoro ☐ Incidente stradale

☐ Lesioni provocate ☐ Incidente stradale senza responsabilità di terzi

☐ Infortunio scolastico ☐ Incidente domestico

☐ Incidente sportivo ☒ Altro Pr a perical

☐ Morso di animali ☐ Accidentale Pr a perical

Data dell'incidente Luogo dell'incidente Pr a perical

È stato redatto referto all'autorità giudiziaria: ☐ SI ☐ NO Pr a perical

Ricovero: ☐ NO ☐ SI Reparto Pr a perical

Note

Il paziente reso edotto dal Sanitario in servizio circa la patologia
in atto, rifiuta il ricovero assumendosene la responsabilità.

FIRMA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

OGGETTO : RICHIESTA RISARCIMENTO DANNI

IO SOTTOSCRITTO OLKOWSKI RYSZARD
NATO A DUSZNIKI ZAROS (POLONIA) IL 15/03/87
E RESIDENTE IN TARANTO VIA LUNGOMARE,
CHIEDE IL RISARCIMENTO DEI DANNI FISICI
RIPORTATI IN UN VS. MEZZO DI TRASPORTO,
IL GIORNO 07/11/08 - LINEA 3 BUS 533
ORE 11:10.

DOPO ESSERE SALITO SUL BUS, MENTRE MI
ACCINGEVO A TIMBRARE IL BIGLIETTO, UNA
IMPROVISA FRENATA DEL BUS, MI FACEVA CADERE
A TERRA. PROVOCANDOMI LESIONI, COME
RIPORTATO SULLA RELAZIONE DI PRONTO SOCCORSO.

Olkowski Ryszard

OGGETTO : RICHIESTA RISARCIMENTO DANNI

IO SOTTOSCRITTO OLKOWSKI RYSZARD
NATO A DUSZNIKI ZDRÓJ (POLONIA) IL 15/03/87
E RESIDENTE IN TARANTO VIA LUNGOMARE,
CHIEDE IL RISARCIMENTO DEI DANNI FISICI
RIFORTATI IN UN V.S. MEZZO DI TRASPORTO,
IL GIORNO 07/11/08 - LINEA 3 BUS 533
ORE 11:10.

DOPO ESSERE SALITO SUL BUS, MENTRE MI
ACCINGEVO A TIMBRARE IL BIGLIETTO, UNA
IMPROVISA FRENATA DEL BUS, MI FACEVA CADERE
A TERRA. PROVOCANDOMI LESIONI, COME
RIFORTATO SULLA RELAZIONE DI PRONTO SOCCORSO.

Olkowski Ryszard

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TA
PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
STABILIMENTO "SS. ANNUNZIATA" - TARANTO

STRUTTURA COMPLESSA DI MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

Direttore f.f.: Dr. Mario CRESCIMBINI

Tel. 099.4585456/7 - Fax 099.4590440

RELAZIONE DI PRONTO SOCCORSO

N° 31819

Data

Orario di Ingresso

Orario di Uscita

Cognome

Nome

Sesso

Luogo e data di nascita

Residenza

Documento d'identità

Diagnosi

P.R.

LA PRESENTE RELAZIONE NON HA VALIDITÀ MEDICO-LEGALE E ASSICURATIVA

Accertamenti e terapia effettuata

Consulenze

Giunto cadavere

A disposizione A.G.

SI

NO

Riscontro diagnostico

SI

NO

Specificare se si tratta di:

☐ Infortunio sul lavoro

☐ Lesioni provocate

☐ Infortunio scolastico

☐ Incidente sportivo

☐ Morso di animali

☐ Incidente stradale

☐ Incidente stradale senza responsabilità di terzi

☐ Incidente domestico

☒ Altro

☐ Accidentale

Data dell'incidente

Luogo dell'incidente

È stato redatto referto all'autorità giudiziaria:

SI

NO

Ricovero:

NO

SI

Reparto

Note

Il paziente reso edotto dal Sanitario in servizio circa la patologia
in atto, rifiuta il ricovero assumendosene la responsabilità.

FIRMA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TA
PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
STABILIMENTO "SS. ANNUNZIATA" - TARANTO

STRUTTURA COMPLESSA DI MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

Direttore f.f.: Dr. Mario CRESCIMBINI
Tel. 099.4585456/7 - Fax 099.4590440

N° 31819

[Handwritten signature]

Data

Orario di Ingresso

Orario di Uscita

Cognome Nome Sesso **M**

Luogo e data di nascita

Residenza

Documento d'identità

Prestazioni eseguite soggette al pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria

IN PRONTO SOCCORSO

1) *[Handwritten signature]*

2)

3)

4)

5) *[Handwritten signature]*

IN

1) *[Handwritten signature]*

2) *[Handwritten signature]*

3)

4)

5)

IN

1)

2)

3)

4)

5)

IN

1)

2)

3) *[Handwritten signature]*

4) *[Handwritten signature]*

5) *[Handwritten signature]*

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

[Handwritten signature]

N. B. - Il pagamento o la dichiarazione di esenzione devono essere presentati all'Ufficio Ticket entro 7 gg. dalla data della prestazione.

BIO
Biglietto Ordinario
di corsa semplice

N. 0881163
SERIE 2008

ATA
Azienda per la Mobilità nell'Area di Torino
S.p.A.

Responsore pubblico urbano
di persone e bagagli di seguito
Pattiva IVA 00146330733

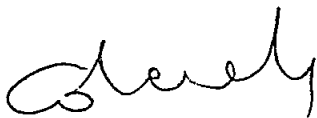
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TA
PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
STABILIMENTO "SS. ANNUNZIATA" - TARANTO

STRUTTURA COMPLESSA DI MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

Direttore f.f.: Dr. Mario CRESCIMBINI

Tel. 099.4585456/7 - Fax 099.4590440

N° 31819



Data

Orario di Ingresso

Orario di Uscita

Cognome Nome Sesso **M**

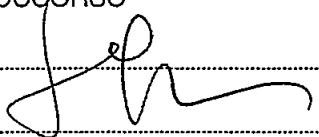
Luogo e data di nascita

Residenza

Documento d'identità

Prestazioni eseguite soggette al pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria

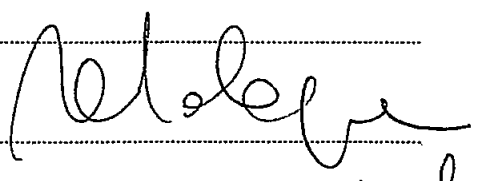
IN PRONTO SOCCORSO

1) 

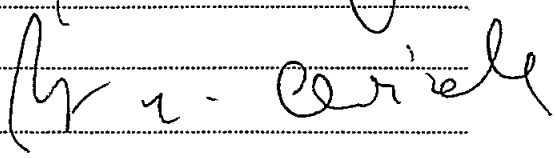
2)

3)

4)

5) 

IN

1) 

2)

3)

4)

5)

IN

1)

2)

3)

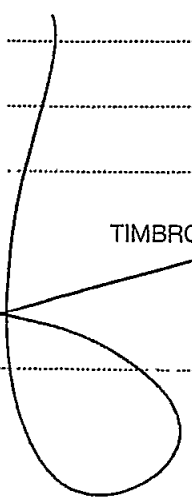
4)

5)

IN

1)

2)

3) 

4)

5)

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

N. B. - Il pagamento o la dichiarazione di esenzione devono essere presentati all'Ufficio Ticket entro 7 gg. dalla data della prestazione.

BIO Biglietto Ordinato
di corsa semplice
SERIE 2008 N. 0881163

Azienda per la mobilità nell'Area di Torino
S.p.A.
AMT

Trasporto pubblico urbano
di persone e bagagli
Porto IVA 00146330733

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TA
PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
STABILIMENTO "SS. ANNUNZIATA" - TARANTO

STRUTTURA COMPLESSA DI MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

Direttore f.f.: Dr. Mario CRESCIMBINI

Tel. 099.4585456/7 - Fax 099.4590440

RELAZIONE DI PRONTO SOCCORSO

N° 31819

Data

Orario di Ingresso

Orario di Uscita

Cognome

Nome

Sesso

Luogo e data di nascita

Residenza

Documento d'identità

Diagnosi

P.R.

LA PRESENTE RELAZIONE NON HA VALIDITÀ MEDICO-LEGALE E ASSICURATIVA

Accertamenti e terapia effettuata

Consulenze

Giunto cadavere

A disposizione A.G.

SI

NO

Riscontro diagnostico

SI

NO

Specificare se si tratta di:

☐ Infortunio sul lavoro

☐ Incidente stradale

☐ Lesioni provocate

☐ Incidente stradale senza responsabilità di terzi

☐ Infortunio scolastico

☐ Incidente domestico

☐ Incidente sportivo

☒ Altro

☐ Morso di animali

☐ Accidentale

Data dell'incidente

Luogo dell'incidente

È stato redatto referto all'autorità giudiziaria:

SI

NO

Ricovero:

NO

SI

Reparto

Note

Il paziente reso edotto dal Sanitario in servizio circa la patologia
in atto, rifiuta il ricovero assumendosene la responsabilità.

FIRMA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TA
PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
STABILIMENTO "SS. ANNUNZIATA" - TARANTO

STRUTTURA COMPLESSA DI MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

Direttore f.f.: Dr. Mario CRESCIMBINI

Tel. 099.4585456/7 - Fax 099.4590440

RELAZIONE DI PRONTO SOCCORSO

N° 31819

Data 07-11-08
Orario di Ingresso 12.00
Orario di Uscita 12.15

Cognome Olkowski, Nome Ryszard Sesso M

Luogo e data di nascita Polvere 15-3-82

Residenza P. v. Lungone

Documento d'identità

Diagnosi

Chiusella (attenti a
Gutture dello inguine con
rotture 1° e 2° nervo
inguine e inguine 1° e 2°.

P.R.

LA PRESENTE RELAZIONE NON HA VALIDITÀ MEDICO-LEGALE E ASSICURATIVA

Accertamenti e terapia effettuata

Pr. a perich
nella casa in attesa di essere
X. Orlowski

Consulenze

Giunto cadavere ☐ A disposizione A.G. ☒ SI ☐ NO Riconcontro diagnostico ☒ SI ☐ NO

Specificare se si tratta di:

☐ Infortunio sul lavoro ☐ Incidente stradale

☐ Lesioni provocate ☐ Incidente stradale senza responsabilità di terzi

☐ Infortunio scolastico ☐ Incidente domestico

☐ Incidente sportivo ☒ Altro

☐ Morso di animali ☐ Accidentale

Data dell'incidente Luogo dell'incidente

È stato redatto referto all'autorità giudiziaria: ☒ SI ☐ NO

Ricovero: ☐ NO ☒ SI Reparto

Note

Il paziente reso edotto dal Sanitario in servizio circa la patologia
in atto, rifiuta il ricovero assumendosene la responsabilità.

FIRMA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

URGENTE

Taranto, li 21/11/2008

Egr. Ing.
Gabriele Passeretti
Responsabile Area Tecnica
SEDE

OGGETTO: SINISTRO DEL 07/11/2008
NS. Rif. 336/NS/08

In allegato alla presente Vi rimettiamo la fotocopia di un biglietto ordinario di corsa semplice, trasmessoci da un viaggiatore infortunato, con invito ad esaminarlo e a comunicarci se è stato timbrato sul bus 533.

Si confida in un Vs. cortese e sollecito riscontro e a Vs. disposizione per ogni ulteriore chiarimento, porgiamo distinti saluti.

Il Capo Unità
AA.GG. - P.R. - Sinistri
D.ssa Tiziana Tursi

Tiziana Tursi

22999
Prot. N. 21 NOV. 2008
Del
P PRESIDENTE ☐
DG DIRETTORE GENERALE ☐
DA DIRETTORE AMMINISTRATIVO ☐
DT DIRETTORE TECNICO ☐
UE ESERCIZIO MOVIMENTO ☐
UAG AFFARI GEN./P.R./SINISTRI ☐
UA ACQUISTI/CONTRATTI ☐
UC CONTABILITA'/BILANCIO ☐
UI INFORMATICA ☐
UP PERSONALE/RETRIBUZIONI ☐
UT TECNICO ☐
UPT PRODOTTI TRAFFICO ☐
URG RAGIONERIA/ECONOMATO ☐
STQ STAFF QUALITÀ ☐