

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, 05/09/2008

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 27/08/2008 A POL. N.23461865
AMAT SPA (CA344RJ) / ANZIANO VIAGGIATORE
NS. RIF. 250/NS/08 NON IDENTIFICATO

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

05 SET. 2008 11:09

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

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00994534246	05 SET. 11:08	01'12	TX	03	OK

05 SET. 2008 11:11

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

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00994533553	05 SET. 11:10	00'40	TX	03	OK

23461865

DENUNCIA DI SINISTRO STRADALE

N° SINISTRO	DATA SINISTRO	ORA	MODALITA' APERTURA		
250/NS/08	27/08/2008	10.30	DENUNCIA AGENTE		
LINEA	LUOGO IN CUI E' ACCADUTO IL SINISTRO	ANGOLO			
3	ULTIMA FERMATA DI VIA OBERDAN				
DIREZIONE		N° SOCIALE	TARGA AUTOBUS		
CITTA' MERCATO - TAMBURI		471	CA 344 RJ		
MATR. AGENTE	COGNOME	NOME	QUALIFICA		
130524	DE PADOVA	ANTONIO	Agente di movimento		
COMUNE DI NASCITA	DATA DI NASCITA	DATA ASSUNZIONE	COMUNE DI RESIDENZA	C.A.P.	
SAN MARZANO DI SAN GIUSEPPE	04-08-51	25-05-1979	SAN MARZANO DI SAN	74020	
DOMICILIO	TIPO PATENTE	N° PATENTE	RILASCIATA A	DATA RILASCIO	SCADENZA PATENTE
VIA LECCE, 7/BIS	D	U16096619X	TARANTO	16/03/2004	21/07/2011
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
ANZIANO VIAGGIATORE NON IDENTIFICATO	
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
SENZA RESPONSABILITA'

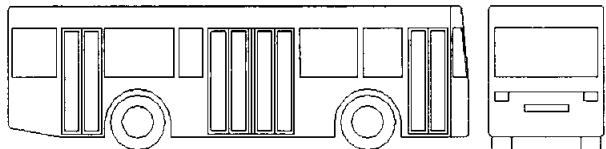
☐ VALIDAZIONE DELLA DIREZIONE

RESPONSABILITA' ACCERTATA IN VIA DEFINITIVA % COLPA CONDUCENTE

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

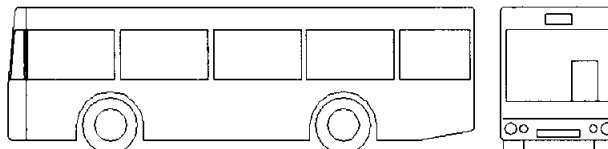
Vista laterale destra

Vista posteriore



Vista laterale sinistra

Vista anteriore



DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALL'AUTOBUS

DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALLA CONTROPARTE

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

DENUNCIA CAUTELATIVA

DOPO AVER ULTIMATO LA FERMATA DI VIA OBERDAN (L'ULTIMA CON DIREZIONE TAMBURI), ALCUNI VIAGGIATORI MI SEGNALAVANO DI ATTENDERE A RIPRENDERE LA CORSA, IN QUANTO C'ERA UN ANZIANO VIAGGIATORE CHE NON SI SENTIVA BENE.

DOPO LA SEGNALAZIONE UN GIOVANE, CHE DICHIARAVA DI ESSERE IL NIPOTE DEL VIAGGIATORE COLTO DA MALORE, PROVVEDEVA A RICHIEDERE TELEFONICAMENTE L'INTERVENTO DELL'AMBULANZA DEL 118.

IN ATTESA DELL'ARRIVO DELL'AMBULANZA GLI ALTRI VIAGGIATORI SCENDEVANO DAL BUS ED EFFETTUAVANO IL TRASBORDO SU ALTRO BUS AZIENDALE NEL FRATTEMPO GIUNTO.

IGNORO LE CAUSE DEL MALORE DEL VIAGGIATORE, DEL QUALE NON MI VENIVANO COMUNICATE LE PROPRIE GENERALITA'.

TENGO SOLO A PRECISARE CHE IL BUS AL MOMENTO DELLA SEGNALAZIONE ERA COMPLETAMENTE FERMO, IN QUANTO, COME PRIMA DICEVO, PORTAVO A CONCLUSIONE LA FERMATA E POICHE' LE PORTE ERANO ANCORA APERTE ERA ATTIVATO IL SISTEMA DI SICUREZZA FRENANTE CHE NON CONSENTE LA RIPRESA DELLA MARCIA.

SINISTRI DENUNZIATI DA TERZI SENZA INDIVIDUAZIONE DELL'AGENTE RESPONSABILE

☐ PROVVEDIMENTO PRESIDENTE

APERTURA SINISTRO

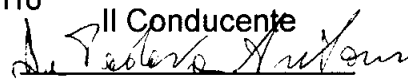
☐ SI ☐ NO

Il Capo Ufficio

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Il Conducente

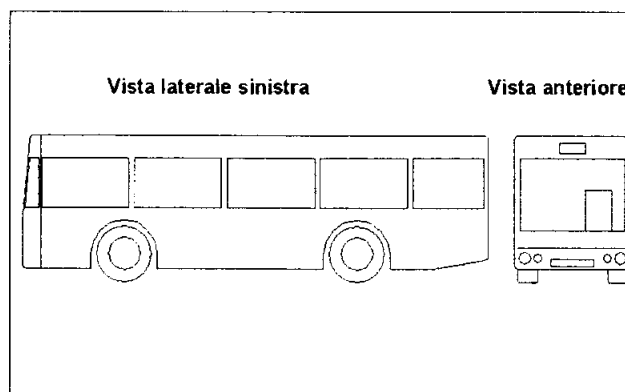
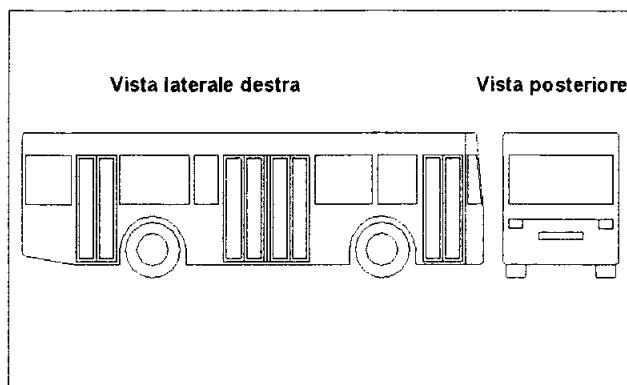
TA, 29/08/08



pagina

2

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE



DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALL'AUTOBUS

	▲
	▼

DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALLA CONTROPARTE

	▲
	▼

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

DENUNCIA CAUTELATIVA

DOPO AVER ULTIMATO LA FERMATA DI VIA OBERDAN (L'ULTIMA CON DIREZIONE TAMBURI), ALCUNI VIAGGIATORI MI SEGNALAVANO DI ATTENDERE A RIPRENDERE LA CORSA, IN QUANTO C'ERA UN ANZIANO VIAGGIATORE CHE NON SI SENTIVA BENE.

DOPO LA SEGNALAZIONE UN GIOVANE, CHE DICHIARAVA DI ESSERE IL NIPOTE DEL VIAGGIATORE COLTO DA MALORE, PROVVEDEVA A RICHIEDERE TELEFONICAMENTE L'INTERVENTO DELL'AMBULANZA DEL 118.

IN ATTESA DELL'ARRIVO DELL'AMBULANZA GLI ALTRI VIAGGIATORI SCENDEVANO DAL BUS ED EFFETTUAVANO IL TRASBORDO SU ALTRO BUS AZIENDALE NEL FRATTEMPO GIUNTO.

IGNORO LE CAUSE DEL MALORE DEL VIAGGIATORE, DEL QUALE NON MI VENIVANO COMUNICATE LE PROPRIE GENERALITA'.

TENGO SOLO A PRECISARE CHE IL BUS AL MOMENTO DELLA SEGNALAZIONE ERA COMPLETAMENTE FERMO, IN QUANTO, COME PRIMA DICEVO, PORTAVO A CONCLUSIONE LA FERMATA E POICHE' LE PORTE ERANO ANCORA APERTE ERA ATTIVATO IL SISTEMA DI SICUREZZA FRENANTE CHE NON CONSENTE LA RIPRESA DELLA MARCIA.

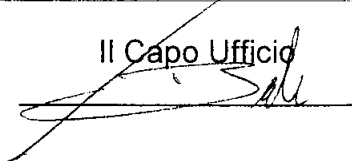
SINISTRI DENUNZIATI DA TERZI SENZA INDIVIDUAZIONE DELL'AGENTE RESPONSABILE

☐ PROVVEDIMENTO PRESIDENTE

APERTURA SINISTRO

☐ SI ☐ NO

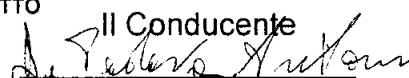
Il Capo Ufficio



LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

TA, 29/08/08

Il Conducente



CEDOLA DI VIAGGIO DEL BUS N° 441 **DATA** 27-08-2008

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	635	T.	720	ANTONIO			
3	T.	725	CM	810	ANTONIO			
3	CM	815	T.	905				
3	T	905	CM	955		940	DART	
3	CM	1005	T	1100		1025	DART	
3	T	1100	CM	1145				
3	CM	1150						
					RLO			
BIS APP.A	TACS EUNAPIA	13/25	APP.A	14/20	MASTROTTI F.			
					1430			
11	P.M.	16:52	IPER	17:35	VERSAZZE F.			
11	IPER	17:36	P.M.	18:15	VERSAZZE F.			
11	IPER	18:19	IPER	19:13	SCOTI			
11	IPER	19:13	CM					
					2025			
					PT			

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 6.15

ALLE ORE 13.10

LINEA 3

FIRMA OPERATORE DI ESERCIZIO
De Pedore Antonio

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° 17

DALLE ORE 11.50

ALLE ORE 15.00

LINEA 2-5

FIRMA OPERATORE DI ESERCIZIO
Quemmi Alberto

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° _____

DALLE ORE 18.19

ALLE ORE 21.40

LINEA 11

FIRMA OPERATORE DI ESERCIZIO
De Niro Francesco

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 _____:

444-1030- Si sentiva male non viaggiatore - Veniva soccorso dall'ambulanza

ambulance suoto ai Tamburi - portando all'orario 10.40 da 10.30

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, 10/12/2008

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 27/08/2008 A POL. RCV N.23461865
AMAT SPA (CA344RJ) / GRECO ROBERTO
NS. RIF. 250/NS/08

VI TRASMETTIAMO NOTA PROT.23958 DEL 05/12/2008, DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI FORMULATA DALL'AVV. PIERO IPPOLITI MARTINI PER CONTO DEL SIG. **GRECO ROBERTO**.

LA RICHIESTA DANNI POTREBBE ESSERE ATTINENTE IL SINISTRO INDICATO IN OGGETTO.

DISTINTI SALUTI.

UFFICIO SINISTRI

N° pagine inclusa la presente: 10

RAPPORTO TN

10 DIC. 2008 11:20

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

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00994534246	10 DIC. 11:13	07'12	TX	10	OK

10 DIC. 2008 12:32

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

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00994533553	10 DIC. 12:29	03'46	TX	10	OK

Taranto, li 16 DIC. 2008

Prot. n.: 24665 UAG

Raccomandata A.R.

Egr. Avv.
Piero Ippoliti Martini
Piazza Tre Martiri, 10
47900 - RIMINI

e p.c. Spett.le
NATIONALE SUISSE Assicurazioni
Agenzia di Taranto
Via Nitti, 45/A
74100 - TARANTO

OGGETTO: Evento del 27/08/2008 - Greco Roberto
Ns. Rif. 250/NS/08

Vi comunichiamo che la Vs. nota datata 27/11/08, ns. prot. 23958 del 05/12/2008, è stata inviata, per opportuna conoscenza, alla ns. Compagnia Assicuratrice **NATIONALE SUISSE ASSICURAZIONI**.

Vogliate, con l'occasione, trasmetterci copia leggibile del titolo di viaggio in possesso del Vs. assistito al momento dell'evento in termini.

In attesa di Vs. riscontro, porgiamo distinti saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
(Ing. Giovanni Matichecchia)

Am

G. Matichecchia

Posteitaliane

Avviso di ricevimento

EP 0683/EP 0505 - Mod. 231 P - MOD. 01004 (Ex W84025) - St. [4] Ed. 07/05



A.M. S.p.A.
AZIENDA PER LA MOBILITA'
NELL'AREA DI TARANTO
Via C. Battisti, 657
74100 TARANTO

250/WS/08



Avviso di ricevimento

BOLOGNA CMP
Poste

30.12.88 1351 7070515 7

Numero
Italiane

Data di ricezione

Luogo di ricezione

AV. PIERO IPPOLITI MARTINI
PIAZZA TRE MARTIRI, 10
47900 Rimini

[Signature]

27-12-88

Firma per esteso del ricevente
Nome e Cognome

Data

Firma dell'incaricato alla distribuzione

Bollo dell'ufficio
di distribuzione

Avv. PIERO IPPOLITI MARTINI**PATROCINANTE IN CASSAZIONE**

Prot. N. 23958

Del 05 DIC. 2008

P	PRESIDENTE	☐
DG	DIRETTORE GENERALE	☐
DA	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	☐
DT	DIRETTORE TECNICO	☐
UE	ESERCIZIO UFFICIO	☐
UAG	AFFARI GEN. PR. SINISTRI	☒
UA	ACQUISTI / CONTRATTI	☐
UC	CONTABILITA' / BILANCIO	☐
UI	INFORMATICA	☐
UP	PERSONALE / PREVIDUZIONE	☐
UT	TECNICO	☐
UPT	PRODOTTI / SERVIZI	☐
UERG	RAGIONERIA / ECONOMATO	☐
STU	STAFF GIURIDICO	☐

g/m

Rimini, 27 novembre 2008

Spett.le
 AMAT s.p.a.
 UFFICIO SINISTRI
 VIA CESARE BATTISTI, 657
 74100 TARANTO

OGGETTO: Infortunio del 27 agosto 2008 in Taranto su Vs. autobus di linea

Si è rivolto a codesto studio il sig. Greco Roberto nato a Taranto il 14.03.1946 e residente a Rimini Via G. Stegani n. 17 (CF GRCCRRT46C14L049S) per richiedere l'integrale risarcimento dei danni conseguenti l'infortunio occorso in Taranto su Vostro autobus di linea.

Il mio assistito si trovava a bordo del vostro mezzo, quando preparandosi all'uscita e quindi in piedi davanti alla porta, veniva catapultato a terra a causa di una improvvisa, repentina nonchè brusca frenata dell'autista.

A seguito di rovinosa caduta, il sig. Greco riportava serio trauma cranico cervicale post traumatico nonchè contusioni multiple che hanno reso necessario l'intervento di una autoambulanza che ha prelevato il mio assistito direttamente dal Vostro mezzo.

Allego alla presente fotocopia del biglietto relativo alla corsa da cui potrete risalire al nominativo del conducente dell'autobus, con riserva di produrre l'originale in caso di vostra richiesta.

Trasmetto altresì copia dei certificati rilasciati dal Presidio Medico Ospedaliero Centrale il giorno dell'infortunio.

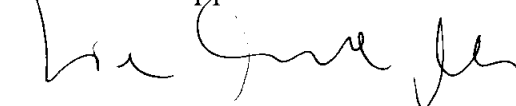
Il danno alla persona e correlative implicazioni patrimoniali subite dal sig. Greco a seguito dell'infortunio sopra descritto, sarà quantificato a guarigione avvenuta.

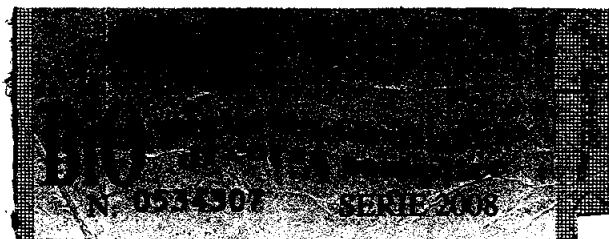
Da valere la presente ad ogni effetto di legge vigente in materia quale formale atto di messa in mora.

Attendo Vostro cortese quanto sollecito riscontro.

Distinti saluti.

Avv. Piero Ippoliti Martini





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

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

Direttore: Dr. Ernesto LUPO

Tel. 099.4585456/7 - Fax 099.4590440

N.

Data 27/08/08

Ora

RICHIESTA DI CONSULENZA ALLA S. C. DI MCH

Cognome Greco Nome Roberto Sesso

Luogo e data di nascita n 14.3.46

Residenza Taranto

Affetto da Glicemia alta - Compagno per lavoro

Terapia eseguita in Pronto Soccorso P

Prestazioni eseguite in altra S. C.

A.U.S.L. TA/1 Presidio Ospedaliero Centrale
Stabilimento "SS. Annunziata"
S.C. di Medicina e Chirurgia - Accettazione e d'urgenza
Dott. LUIGI WODONI
DIRIGENTE MEDICO

Risposta alla richiesta di consulenza R. neg. conete, orientato e collab.

non ha mai avuto né perdite di coscienza. Pupille

irregolari, encefalo. Quete iper riflesse, Non g. omole

deficit motori ai 4 arti. Torcine di coscienza e fl.

relativa. Lemete cervicale. Os. cerv. e cervicali

non evidenziano fratture. R. d. b. le. C. cerv. cerv.

col. Si consiglia: letto cervicale fra 10 ff.

Cod. prestazioni eseguite Terapie: Muscol fl. 5 fl. x 2 x 5 ff (8.10)

Reiter 20 s. (q. s. x 5 ff (e. x. x.)); Osservazione in

ostentare.

IL MEDICO CONSULENTE

Luigi Wodoni

C.U.P. - REGIONE PUGLIA
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TA
CASSA N. 46 , PARTITA IVA: 02026690731
OSP."SS. ANNUNZIATA" - TARANTO
VIA BRUNO, 1

DATA: 02/09/2008

F A T T U R A Nr. 12953

Assistito : GRECO
Indirizzo : ROBERTO
Residenza : VIA GAETANO STEGANI 17
47037 RIMINI
(RN)

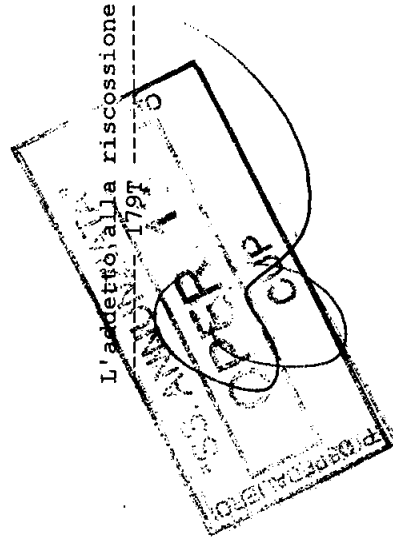
Part.Iva/Cod.Fis: GRCRRT46C14L049S
Data di nascita : 14/03/1946

Medico : EQUIPE PRONTO S MEDICI
Onere : PRP PRESTAZIONI A PAGAMENTO
Regime Ente Prev:
Note :

DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Q.TA'	IMPORTO	QUOTA ENTE	% IVA	SEDE	CDC
CERTIFICATO MEDICO LEGALE	1	25,00	0,00	20	0506	0903
BOLLO			0,00			
IVA			5,00			
IMPORTO FATTURA			30,00			
QUOTA ENTE			0,00			
SALDO			30,00			CONTANTE

Legenda sedi e centri di costo:
0506 OSP."SS. ANNUNZIATA" - TARANTO

0903 PRONTO SOCCORSO



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

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

Direttore: Dr. Ernesto LUPO

Tel. 099.4585456/7 - Fax 099.4580440

N° 24270

Data 25.08.98

Orario di Ingresso 17.15

Orario di Uscita

Cognome

LUPO

Nome

ERNESTO

Sesso

M

Luogo e data di nascita

BRINDISI

14.03.1946

Residenza

BRINDISI

C. S. ZECCHIA, 17

Documento d'identità

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

IN PRONTO SOCCORSO

IN

MCH

4)

5)

6)

7)

8)

9)

10)

11)

12)

13)

14)

15)

16)

17)

18)

19)

20)

ESCLUSIVO DEL MEDICO

Dr. Ernesto LUPO
ORIGINALE MEDICO

Il medico o la dichiaratoria di esenzione deve essere presentata entro 7 gg. dalla data

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

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

Direttore: Dr. Ernesto LUPO

Tel. 099.4585456/7 - Fax 099.4590440

N° 24270

RELAZIONE DI PRONTO SOCCORSO

Data 27.08.08
Orario di Ingresso 11.15
Orario di Uscita 13.30

Cognome GRECO Nome ROBERTO Sesso M

Luogo e data di nascita ARMO 14.03.1946

Residenza RIMINI G. S. ZECCHINI, 17

Documento d'identità

Diagnosi Mucose orali, cervicali, perianali
Mucose cutanee multiple

LA PRESENTE RELAZIONE NON HA VALIDITA'
MEDICO - LEGALE E ASSICURATIVA

P.R.

Prognosi

Accertamenti e terapia effettuata

Consulenze

Giunto cadavere ☐ A disposizione A.G. ☒ SI ☐ NO Risccontro 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 M-CH

Note

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

FIRMA

STAMPATO ESISTENTE DEL MEDICO
S.C. di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza
Dott. LUPO
DIRIGENTE 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: Dr. Ernesto LUPO

Tel. 099.4585456/7 - Fax 099.4590440

N° 24270

Data 27.08.08

Orario di Ingresso 11.15

Orario di Uscita 13.30

Cognome GRECO Nome ROBERTO Sesso M

Luogo e data di nascita TARANTO 14.03.1946

Residenza RIMINI G. STEFANO, 17

Documento d'identità

Diagnosi

Prognosi

Accertamenti e terapia effettuata

Consulenze

Giunto cadavere ☐ A disposizione A.G. ☒ ☐ NO Riscontro diagnostico ☒ ☐ 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 CH

Note

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

FIRMA

TIMBRE E FIRMA DEL MEDICO

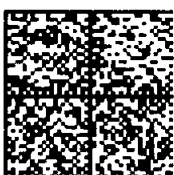
A.U.S.L. TA/1 Presidio Ospedaliero Centrale
Stabilimento S.S. Annunziata
S.C. di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza
Dott. LUIGI MODONI
DIRIGENTE MEDICO

Staracomandata

€ 3,80

1177228 - 74100

Posteitaliane



4 - 47900 RIMINI 27/044 (RM)

01.12.2008 10.55

R



13442786768-0

SPELL. CE

AMAT S.p.A.

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74100 TARANTO (TA)

Avv. PIERO IPPOLITI MARTINI

PATROCINANTE IN CASSAZIONE

Rimini, 5 gennaio 2009

Raccomandata a.r.

Spett.le

AMAT s.p.a.

UFFICIO SINISTRI

VIA CESARE BATTISTI, 657

74100 TARANTO

OGGETTO: INFORTUNIO DEL 27/08/2008 GRECO ROBERTO
VS. RIFERIMENTO 250/NS/08

Riscontro la Vostra del 16 dicembre u.s. per inoltrarVi
fotocopia ingrandita del titolo di viaggio in possesso del mio
assistito.

Con l'occasione porgo distinti saluti.


Avv. Piero Ippoliti Martini

All.: c.s.

836
Prot. N. 16 GEN. 2009

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	☐
uLPT	PRODOTTI TRAFFICO	☐
uLRG	RAGIONERIA ECONOMATO	☐
STQ	STAFF QUALITA'	☐
		☐

16/1

AVVERTENZE

Il presente biglietto ha validità per una sola corsa, in tutti gli orari di svolgimento del servizio e su tutte le linee dell'AMAT, fatta eccezione per le tratte suburbane delle linee espressamente individuate.

In caso di controllo del personale AMAT e degli Agenti della Guardia di Finanza, esso sarà considerato regolare solo se risulterà annullato in vettura al momento del suo utilizzo.

Il presente biglietto non è cedibile ed assume la funzione di scontrino fiscale (legge 30/12/1991, n. 413).

I.P.Z.S. S.p.A. - OFF. C.V. ROMA

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

Trasporto pubblico urbano
di persone e bagagli al seguito
Partita IVA 00146330733

BiO Biglietto Ordinario
di corsa semplice

N. 0534307 SERIE 2008

AVV. PIERO IPPOLITI MARTINI
P.zza Tre Martiri, 10 - 47900 RIMINI
Tel. 0541.53510-29559 - Fax 0541.29559
cod. fiscale: PPL PRI 45M28 BS15E
Partita I.V.A.: 0313183 040 2

RACCOMANDATA A.R.



Postaraccomandata

IR € 3.40
104100790 74100



744 47900 RIMINI 27/04/99

Posteitaliane



09.01 009 11.29

Spett.le
AMAT s.p.a.
UFFICIO SINISTRI
Via Cesare Battisti, 657
74100 TARANTO (TA)

URGENTE

Taranto, li 03/02/2009

Egr. Ing.
Gabriele Passeretti
Responsabile Area Tecnica
SEDE

OGGETTO: **SINISTRO DEL 27/08/2008**
NS. Rif. 250/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 471**.

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

2275

Prot. N°
Del **04 FEB. 2009**

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

