

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, 13/02/2009

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

OGGETTO: SINISTRO DEL 11/02/2009 A POL. N.23461927
AMAT SPA (AE331JZ) / GALLITELLI TERESA
NS. RIF. 057/NS/09

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

13 FEB. 2009 09:13

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

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00994534246	13 FEB. 09:12	00'59	TX	03	OK

DENUNCIA DI SINISTRO STRADALE

N° SINISTRO 057/NS/09	DATA SINISTRO 11/02/2009	ORA 09.35	MODALITA' APERTURA DENUNCIA AGENTE
LINEA 1/2	LUOGO IN CUI E' ACCADUTO IL SINISTRO FERMATA VIA ARCHIMEDE		ANGOLO
DIREZIONE TAMBURI - CITTA' MERCATO		N° SOCIALE 442	TARGA AUTOBUS AE 331 JZ
MATR. AGENTE 100100	COGNOME ABATEMATTEO	NOME CATALDO	QUALIFICA CONDUCENTE DI LINEA
COMUNE DI NASCITA MONTEPARANO	DATA DI NASCITA 20-06-70	DATA ASSUNZIONE 12-12-2005	COMUNE DI RESIDENZA SAN MARZANO DI SAN
			C.A.P. 74020
DOMICILIO VIA F. PETRARCA 21	TIPO PATENTE DE	N° PATENTE TA5181053P	RILASCIATA A TARANTO
			DATA RILASCIO 13/11/2008
			SCADENZA PATENTE 09/09/2013
COMPAGNIA ASSICURATRICE A.M.A.T. NATIONALE SUISSE		COMPAGNIA ASSICURATRICE KASKO AGENTE	

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	
GALLITELLI TERESA				
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

N° SINISTRO

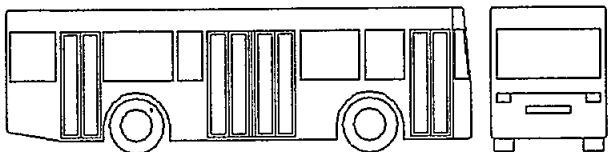
057/NS/09



DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

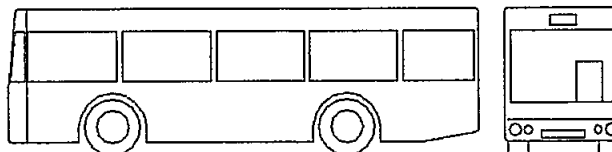
Vista laterale destra

Vista posteriore



Vista laterale sinistra

Vista anteriore



DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALL'AUTOBUS

	▲
	▼

DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALLA CONTROPARTE

	▲
	▼

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

ALLA TERZA FERMATA DI VIA ARCHIMEDE (ANGOLO VIA BUONARROTI) LA SUINDICATA ANZIANA VIAGGIATRICE, DURANTE LA DISCESA DALLA PORTA CENTRALE, CADEVA A TERRA IN QUANTO INCIAMPAVA SU ANTA DELLA PORTA CHE NON SI APRIVA COMPLETAMENTE ED AVEVA UN MOVIMENTO DI RITORNO.

LA SIGNORA, CHE RIPORTAVA UNA FERITA AL CAPO, VENIVA PRONTAMENTE SOCCORSA DAI MEDICI DEL 118 INTERVENUTI CON UN AMBULANZA SUL POSTO.

FACEVO RIENTRO IN DEPOSITO PER LA SOSTITUZIONE DEL BUS E LA SEGNALEZIONE DEL DIFETTOSO FUNZIONAMENTO DELLA PORTA CENTRALE.

SINISTRI DENUNZIATI DA TERZI SENZA INDIVIDUAZIONE DELL'AGENTE RESPONSABILE

☐ PROVVEDIMENTO PRESIDENTE

APERTURA SINISTRO

☐ SI ☐ NO

Il Capo-Ufficio

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Il Conducente

[Signature]

TA, 12/02/09

[Signature]

pagina

2

N.B. VEDI ANCHE sin. 229/NS/07 DEL 21/06/07.

23461927



DENUNCIA DI SINISTRO STRADALE

N° SINISTRO 057/NS/09	DATA SINISTRO 11/02/2009	ORA 09.35	MODALITA' APERTURA DENUNCIA AGENTE
LINEA 1/2	LUOGO IN CUI E' ACCADUTO IL SINISTRO FERMATA VIA ARCHIMEDE	ANGOLO	
DIREZIONE TAMBURI - CITTA' MERCATO		N° SOCIALE 442	TARGA AUTOBUS AE 331 JZ
MATR. AGENTE 100100	COGNOME ABATEMATTEO	NOME CATALDO	QUALIFICA CONDUCENTE DI LINEA
COMUNE DI NASCITA MONTEPARANO	DATA DI NASCITA 20-06-70	DATA ASSUNZIONE 12-12-2005	COMUNE DI RESIDENZA SAN MARZANO DI SAN
DOMICILIO VIA F. PETRARCA 21		TIPO PATENTE DE	N° PATENTE TA5181053P
		RILASCIATA A TARANTO	DATA RILASCIO 13/11/2008
		SCADENZA PATENTE 09/09/2013	
COMPAGNIA ASSICURATRICE A.M.A.T. NATIONALE SUISSE		COMPAGNIA ASSICURATRICE KASKO AGENTE	

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	
GALLITELLI TERESA				
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

--	--

N° SINISTRO

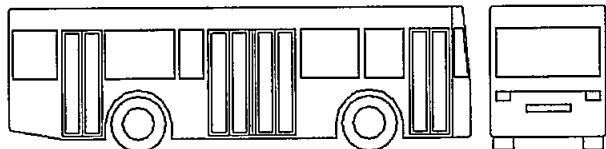
057/NS/09



DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

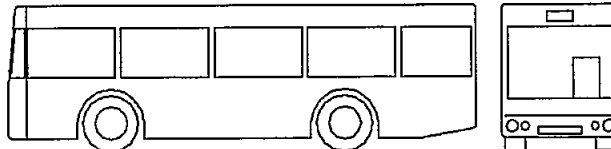
Vista laterale destra

Vista posteriore



Vista laterale sinistra

Vista anteriore



DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALL'AUTOBUS

	▲
	▼

DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALLA CONTROPARTE

	▲
	▼

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

ALLA TERZA FERMATA DI VIA ARCHIMEDE (ANGOLO VIA BUONARROTI) LA SUINDICATA ANZIANA VIAGGIATRICE, DURANTE LA DISCESA DALLA PORTA CENTRALE, CADEVA A TERRA IN QUANTO INCIAMPAVA SU ANTA DELLA PORTA CHE NON SI APRIVA COMPLETAMENTE ED AVEVA UN MOVIMENTO DI RITORNO.

LA SIGNORA, CHE RIPORTAVA UNA FERITA AL CAPO, VENIVA PRONTAMENTE SOCCORSA DAI MEDICI DEL 118 INTERVENUTI CON UN AMBULANZA SUL POSTO.

FACEVO RIENTRO IN DEPOSITO PER LA SOSTITUZIONE DEL BUS E LA SEGNALEZIONE DEL DIFETTOSO FUNZIONAMENTO DELLA PORTA CENTRALE.

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, 12/02/09

Alberto Cotto

pagina

2

Taranto, li 11/03/2009

Egr. Ing.
Cigliese Cosimo
Responsabile Area Commerciale
SEDE

OGGETTO: Sinistro n.073/NS/09 del 26/02/2009
Utente: **Pugno Mariarosa** nata a Taranto il 15/12/35

Sinistro n.038/NS/09 del 22/01/2009
Utente: **Palomba Anna Pia** nata a Taranto il 24/07/65

Sinistro n.057/NS/09 del 11/02/2009
Utente: **Gallitelli Teresa** nata a Taranto il 04/12/51

Sinistro n.074/NS/09 del 05/02/2009
Utente: **Galeandro Tommaso** nato a Taranto il 07/04/60

Vogliate comunicarci se gli utenti indicati in oggetto, al momento dei sinistri, erano in possesso di valido abbonamento per poter viaggiare sui bus.

In attesa di Vs. cortese riscontro, porgiamo distinti saluti.

Prot. N. **1425**
12 MAR. 2009

Del	PRESIDENTE	☐
P		
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	RAZIONERIA / ECONOMATO	☐
STQ	STAFF QUALITÀ	☐

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

(Firma)

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, 17/03/2009

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

OGGETTO: SINISTRO DEL 11/02/2009 A POL. RCV N.23461927
AMAT SPA (AE331JZ) / GALLITELLI TERESA
NS. RIF. 057/NS/09

CON RIFERIMENTO AL SINISTRO INDICATO IN OGGETTO, PER VS. OPPORTUNA CONOSCENZA, IN ALLEGATO ALLA PRESENTE VI TRASMETTIAMO NOTA PROT.4312 DEL 05/03/2009, DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI FORMULATA DAL DOTT. PIETRO CITO PER CONTO DELLA SIG.RA **GALLITELLI TERESA**.

DISTINTI SALUTI.

UFFICIO SINISTRI

N° pagine inclusa la presente: 3

RAPPORTO TX

17 MAR. 2009 18:52

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

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00994534246	17 MAR. 18:51	01'13	TX	03	OK

Taranto, li

- 2 APR. 2009

Prot. n°: UPT/.....

c.a.

Capo Unità Organizzativa
Affari Generali
Dott.ssa Tiziana Tursi
SEDE

OGGETTO: Vs. richieste prot. 4725 e 4828 tutte del 12/03/09.

Facendo seguito alle note indicate in oggetto, si comunica quanto segue:

074/NS/09

- Il sig. Galeandro Tommaso nato il 07/04/1960, non è intestatario di alcuna tessera Amat.

010/NS/09

- La sig.ra Taurino Adele nata il 02/05/1935, non è intestataria di alcuna tessera Amat.

057/NS/09

- La sig.ra Gallitelli Teresa nata il 04/12/1951, è titolare della tessera Amat n. G292, con abbonamento per tutto l'anno 2009 rinnovato il 13/01/2009.

038/NS/09

- La sig.ra Palomba Anna Pia nata il 24/07/1965, è titolare della tessera Amat n. A28392, con abbonamento per tutto il mese di gennaio 2009 rinnovato il 29/12/2008.

073/NS/09

- La sig.ra Pugno Maria Rosa Pia nata il 15/12/1935, è titolare della tessera Amat n. B05882, con abbonamento per tutto il mese di febbraio 2009 rinnovato il 31/01/2009.

Distinti saluti.

Prot. N° 6686
Del 06 APR. 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	CONTABILITA'/BILANCIO	☐
UI	INFORMATICA	☐
UP	PERSONALE/RETRIBUZIONI	☐
UT	TECNICO	☐
UPT	PRODOTTI TRAFFICO	☐
URG	RAGIONERIA/ECONOMATO	☐
STQ	STAFF GUASTA	☐

Il Responsabile Area Commerciale
Ing. Cosimo Cigliese

[Handwritten signature]

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° 10801

DALLE ORE 5:20

ALLE ORE 12:20

LINEA 112

FIRMA OPERATORE DI ESERCIZIO


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 _____

ALLE ORE _____

LINEA _____

FIRMA OPERATORE DI ESERCIZIO

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 _____

ALLE ORE _____

LINEA _____

FIRMA OPERATORE DI ESERCIZIO

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 _____ :

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

057/15/09

STUDIO LEGALE

Pietro Cito

Via Delle Sorgenti 58 - 74010 Statte (Taranto)

Tel-fax 0994540723 Cell. 333 3964129

Prot. N. **1352**
05 MAR. 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 ☐
U.L.P.T.	PRODOTTI TRAFFICO ☐
U.L.R.G.	RAGIONERIA/ECONOMATO ☐
STQ	STAFF QUALITA' ☐

Spett.le

Nationale Suisse Ass.ni S.p.a.

Via XXV Aprile 297

20097 San Donato Milanese (MI)

Spett.

AMAT S.p.a.

Ufficio Sinistri

Via C. Battisti 657

74100 Taranto

Formulo la presente in nome e nell'interesse della Sig.ra Gallitelli Teresa (C.F. GLLTRS51T44L049X) residente a Taranto alla Via S. Francesco D'Assisi C/A sc.E, per invitarVi a voler provvedere al risarcimento di tutti i danni subiti in data 11.02.2009, ore 9,15 circa, in Taranto, alla Via Archimede angolo Via Buonarroti.

Nelle predette circostanze di tempo e di luogo la mia assistita viaggiava a bordo dell'autobus Amat linea 1/2 n. 442 che percorreva Via Archimede, quando giunto presso la fermata sita all'angolo con Via Buonarroti, la Sig.ra Gallitelli Teresa mentre si accingeva a scendere alla predetta fermata, improvvisamente l'Autobus ripartiva facendo cadere rovinosamente per terra la mia assistita.

A seguito della caduta la Sig.ra Gallitelli Teresa veniva subito soccorsa e trasportata da un'autobulanza del 118 intervenuta sul posto presso l'Ospedale "S.G. Moscati" di Taranto ove gli veniva diagnosticato "Trauma cranico non commotivo" con giorni 5 di prognosi s.c.

Vogliate, pertanto, provvedere a quanto innanzi, in difetto sarò costretto ad adire la competente Autorità Giudiziaria con notevole aggravio di spese nei Vs. confronti. Si allega copia certificato-ospedale " S.G. Moscati-" di Taranto.

Si attesta che la mia assistita non ha diritto ad altre indennità da Enti o istituti che gestiscono assicurazioni sociali obbligatorie.

Statte-Taranto, 26.02.2009

Distinti saluti
 Dott. Pietro Cito

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TA
PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
STABILIMENTO "S.G. MOSCATI" - TARANTO

PUNTO DI PRIMO INTERVENTO

Direttore f.f.: Dr. Mario CRESCIMBINI
Tel. 099.4585715 - Fax 099.4585775

N° 17104

Data

Orario di Ingresso

Orario di Uscita

Cognome

Nome

Sesso

Luogo e data di nascita

Residenza

Documento d'identità

Diagnosi

Prognosi

Accertamenti e terapia effettuata

Consulenze

Giunto cadavere

A disposizione A.G.

Riscontro diagnostico

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:

Ricovero:

Note

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

FIRMA

CERTIFICAZIONE PER IL PAZIENTE

01011082 gcl 2

**STUDIO LEGALE
PIETRO CITO**

Via Delle Sorgenti, 58 74010 STATTE (TA)
Tel./Fax: 099.4540723 - Cell.: 383.3964129

**ACCETTATO DALLA
L. ORA LIMITE**



Postaraccomandata

AR

€ 3,40

EL040614ce

- 74100



79029 - 74010 STATTE 79029 (TA)

Spett.le

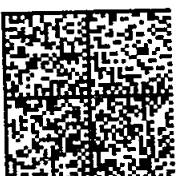
AFIAT S.R.L.

UFFICIO SINISCIPI

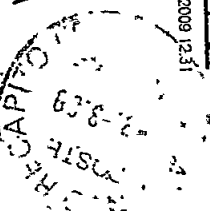
VIA C. BATTISTI 657

7400 TARANTO

Posteitaliane



27.02.2009 12.31



Taranto, li 22/febbraio/2010

AMAT s.p.a. - Protocollo In Arrivo

Prot. N° 3197

Del 22 FEB. 2010

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	☐
uLPT	PRODOTTI TRAFFICO	☐
uLRG	RAGIONERIA / ECONOMATO	☐
STQ	STAFF QUALITÀ	☐
		☐

Al Capo Unità AA. GG.
D.ssa Tiziana Tursi

SEDE

Oggetto: Sinistro n° 57/NS/2009.

Si trasmette, allegata alla presente, la bolla di segnalazione di avaria n° 45235 del 11/02/2009, comprensiva degli interventi di riparazione eseguiti sul bus con numero aziendale 442 rimasto coinvolto nel sinistro in oggetto.

Distinti saluti

Il Responsabile Area Tecnica
Ing. Gabriele Passeretti

BOLLA DI SEGNALAZIONE AVARIA	N. 45235 /A
	Data 14/12/09

ORA SEGNALAZIONE AVARIA 1015	BUS N. 442
ORA USCITA CARRO SOCC. ☐ O RIMORCHIO ☐	AUTISTA DI LINEA ABATO MATTEO
ORA ULTIMAZ. RIP.NE ☐ O RIENTRO IN DEP.TO ☐	AUTISTI RIMORCHIO

LOCALITÀ AVARIA **DEP**

BUS DATO IN SOST.NE **442** BUS RIMORCHIANTE

SEGNALAZIONE AVARIA **PONTA CENTRALE**

ENTE SEGNALANTE

OSSERVAZIONI DELL'OFFICINA

IL TECNICO D'OFF.NA

DESCRIZIONE AVARIA RISCONTRATA

INTERVENTO ESEGUITO **Controlla funzionamento porta-cent.**

RESTITUZIONE ALL'ESERCIZIO	
Data 11/02/09	Ora 16.14

OPERATORI

TEMPO IMPIEGATO IL TECNICO D'OFF.NA