

# DENUNCIA DI SINISTRO STRADALE

|                                  |                                      |                 |                                      |               |                  |
|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------|--------------------------------------|---------------|------------------|
| N° SINISTRO                      | DATA SINISTRO                        | ORA             | MODALITA' APERTURA                   |               |                  |
| 143/A/10                         | 29/05/2010                           | 20.10           | DENUNCIA AGENTE                      |               |                  |
| LINEA                            | LUOGO IN CUI E' ACCADUTO IL SINISTRO |                 | ANGOLO                               |               |                  |
| 3                                | PIAZZA EBALIA - VIA OBERDAN          |                 |                                      |               |                  |
| DIREZIONE                        |                                      | N° SOCIALE      | TARGA AUTOBUS                        |               |                  |
| TAMBURI - CITTA' MERCATO         |                                      | 484             | CA 357 RJ                            |               |                  |
| MATR. AGENTE                     | COGNOME                              | NOME            | QUALIFICA                            |               |                  |
| 100100                           | ABATEMATTEO                          | CATALDO         | CONDUCENTE DI LINEA                  |               |                  |
| COMUNE DI NASCITA                | DATA DI NASCITA                      | DATA ASSUNZIONE | COMUNE DI RESIDENZA                  | C.A.P.        |                  |
| MONTEPARANO                      | 20-06-70                             | 12-12-2005      | SAN MARZANO DI SAN                   | 74020         |                  |
| DOMICILIO                        | TIPO PATENTE                         | N° PATENTE      | RILASCIATA A                         | DATA RILASCIO | SCADENZA PATENTE |
| VIA F. PETRARCA 21               | D                                    | TA5181053P      | TARANTO                              | 13/11/2008    | 09/09/2013       |
| COMPAGNIA ASSICURATRICE A.M.A.T. |                                      |                 | COMPAGNIA ASSICURATRICE KASKO AGENTE |               |                  |
| ASSIMOCO                         |                                      |                 |                                      |               |                  |

## 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        |                     |
| CATALANO LUCIA                                       |         |       |                         |                     |
| 2° DANNEGGIATO                                       |         |       | NATURA DEL DANNO        |                     |
| PROTOPAPA ADELAIDE                                   |         |       | Abbonata                |                     |

## 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

CITO VITO - NATO IL 27/08/46  
PUGLIESE EMANUELE - VIA GALILEO GALILEI, 26 - 3402695008

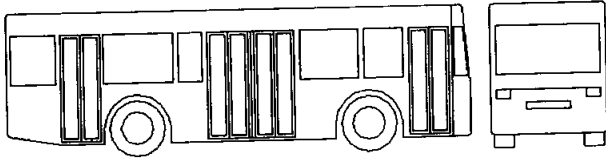
08/06/16 *Abatematteo Cataldo*

☐ VALIDAZIONE DELLA DIREZIONE

## DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

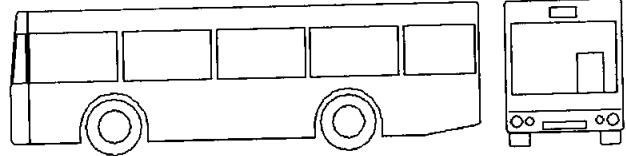
Vista laterale destra

Vista posteriore



Vista laterale sinistra

Vista anteriore



## DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALL'AUTOBUS

|  |   |
|--|---|
|  | ▲ |
|  | ▼ |

## DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALLA CONTROPARTE

|  |   |
|--|---|
|  | ▲ |
|  | ▼ |

## DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

IN PIAZZA EBALIA, ALL'ATTO DELLA SVOLTA PER VIA OBERDAN, DUE RAGAZZI BALORDI AZIONAVANO LA LEVA DI APERTURA DELLA PORTA POSTERIORE FACENDO COSÌ ATTIVARE IL FRENO DI EMERGENZA CHE BLOCCA IL MEZZO. LA FRENATA, IMPREVISTA, È STATA PARTICOLARMENTE BRUSCA E A SEGUITO DELLA STESSA DUE ANZIANE VIAGGIATRICI VENIVANO SBALOTTATE E RIPORTAVANO CONTUSIONI TALI DA RENDERSI NECESSARIO IL SOCCORSO MEDICO DEL 118.

LA SIG.RA CATAPANO LUCIA DICHIARAVA DI LAMENTARE DOLORE A UN GOMITO, MENTRE LA SIG.RA PROTOPAPA ADELAIDE LAMENTAVA DOLORE ALLA SPALLA.

ENTRAMBE VENIVANO TRASPORTATE CON L'AMBULANZA AL PRONTO SOCCORSO DEL LOCALE OSPEDALE.

NESSUN ALTRO VIAGGIATORE CONTUSO TRA I CIRCA TRENTA PASSEGGERI A BORDO AL MOMENTO DELL'EVENTO.

## SINISTRI DENUNZIATI DA TERZI SENZA INDIVIDUAZIONE DELL'AGENTE RESPONSABILE

☐ PROVVEDIMENTO PRESIDENTE

APERTURA SINISTRO

☐ SI ☐ NO

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Il Capo Ufficio

Il Conducente

TA, 01/06/2010

pagina

2

N.B. VEDI ALLEGATE COMUNICAZIONI PROT. 11496 DEL 17/06/2010  
DELLA SIG.RA PROTOPAPA ADELAIDE E PROT. 11495 DEL 17/06/2010  
DELLA SIG.RA CATALANO LUCIA.

# DENUNCIA DI SINISTRO STRADALE

|                                         |                                             |                        |                                             |                      |                         |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------|----------------------|-------------------------|
| <b>N° SINISTRO</b>                      | <b>DATA SINISTRO</b>                        | <b>ORA</b>             | <b>MODALITA' APERTURA</b>                   |                      |                         |
| 143/A/10                                | 29/05/2010                                  | 20.10                  | DENUNCIA AGENTE                             |                      |                         |
| <b>LINEA</b>                            | <b>LUOGO IN CUI E' ACCADUTO IL SINISTRO</b> | <b>ANGOLO</b>          |                                             |                      |                         |
| 3                                       | PIAZZA EBALIA - VIA OBERDAN                 |                        |                                             |                      |                         |
| <b>DIREZIONE</b>                        |                                             | <b>N° SOCIALE</b>      | <b>TARGA AUTOBUS</b>                        |                      |                         |
| TAMBURI - CITTA' MERCATO                |                                             | 484                    | CA 357 RJ                                   |                      |                         |
| <b>MATR. AGENTE</b>                     | <b>COGNOME</b>                              | <b>NOME</b>            | <b>QUALIFICA</b>                            |                      |                         |
| 100100                                  | ABATEMATTEO                                 | CATALDO                | CONDUCENTE DI LINEA                         |                      |                         |
| <b>COMUNE DI NASCITA</b>                | <b>DATA DI NASCITA</b>                      | <b>DATA ASSUNZIONE</b> | <b>COMUNE DI RESIDENZA</b>                  | <b>C.A.P.</b>        |                         |
| MONTEPARANO                             | 20-06-70                                    | 12-12-2005             | SAN MARZANO DI SAN                          | 74020                |                         |
| <b>DOMICILIO</b>                        | <b>TIPO PATENTE</b>                         | <b>N° PATENTE</b>      | <b>RILASCIATA A</b>                         | <b>DATA RILASCIO</b> | <b>SCADENZA PATENTE</b> |
| VIA F. PETRARCA 21                      | D                                           | TA5181053P             | TARANTO                                     | 13/11/2008           | 09/09/2013              |
| <b>COMPAGNIA ASSICURATRICE A.M.A.T.</b> |                                             |                        | <b>COMPAGNIA ASSICURATRICE KASKO AGENTE</b> |                      |                         |
| ASSIMOCO                                |                                             |                        |                                             |                      |                         |

## DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 1° VEICOLO

|                                                             |                |              |                                |                            |
|-------------------------------------------------------------|----------------|--------------|--------------------------------|----------------------------|
| <b>MARCA</b>                                                | <b>MODELLO</b> | <b>TARGA</b> | <b>PROPRIETARIO</b>            | <b>COMUNE DI RESIDENZA</b> |
|                                                             |                |              |                                |                            |
| <b>VIA / PIAZZA</b>                                         |                |              | <b>COMPAGNIA ASSICURATRICE</b> |                            |
|                                                             |                |              |                                |                            |
| <b>CONDUCENTE (SE DIVERSO DA PROPRIETARIO) VIA / PIAZZA</b> |                |              | <b>COMUNE DI RESIDENZA</b>     |                            |
|                                                             |                |              |                                |                            |
| <b>1° DANNEGGIATO</b>                                       |                |              | <b>NATURA DEL DANNO</b>        |                            |
| CATALANO LUCIA                                              |                |              |                                |                            |
| <b>2° DANNEGGIATO</b>                                       |                |              | <b>NATURA DEL DANNO</b>        |                            |
| PROTOPAPA ADELAIDE                                          |                |              | Abbonata                       |                            |

## DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 2° VEICOLO

|                       |                                |                         |                     |                  |
|-----------------------|--------------------------------|-------------------------|---------------------|------------------|
| <b>MARCA</b>          | <b>MODELLO</b>                 | <b>TARGA</b>            | <b>PROPRIETARIO</b> | <b>RESIDENZA</b> |
|                       |                                |                         |                     |                  |
| <b>DOMICILIO</b>      | <b>COMPAGNIA ASSICURATRICE</b> | <b>IMPORTO DANNI</b>    | <b>LIQUIDATORE</b>  |                  |
|                       |                                |                         |                     |                  |
| <b>3° DANNEGGIATO</b> |                                | <b>NATURA DEL DANNO</b> |                     |                  |
|                       |                                |                         |                     |                  |
| <b>4° DANNEGGIATO</b> |                                | <b>NATURA DEL DANNO</b> |                     |                  |
|                       |                                |                         |                     |                  |

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>AUTORITA' INTERVENUTA</b> |  |
| <b>TESTIMONI</b>             |  |
| CITO VITO - NATO IL 27/08/46 |  |
|                              |  |

☐ VALIDAZIONE DELLA DIREZIONE

**AmAt** S.p.A.  
Azienda per la Mobilità nell'area di Taranto

Via C. Battisti, 657  
74100 - Taranto  
C.F. e P.IVA: 00146330733



400803/06/2010 09.33 N.Abb. **9103/23128**

**I26 - M.7/7 ANZ.,PEN.>INPS,INV.**

Valido dal **01/06/2010** al **30/06/2010**

Tessera N. **B17625** Euro: **15,00**

**PRTDLD31L64L049E**

**AmAt** S.p.A.  
Azienda per la Mobilità nell'Area di Taranto  
Cod. Fis./P.I. 00146330733 - Reg. Imprese di TA n° 00146330733  
Capitale sociale versato L. 16.229.585.169

Tessera di abbonamento

NUMERO: **B17625**  
NOTE:  
SCADENZA: **29/01/2010**  
TITOLARE: **PROTOPAPA ADELAIDE**  
NATO IL: **24/07/31**  
Costo tessera: EURO **2,5**

**AmAt** S.p.A.  
Azienda per la Mobilità nell'Area di Taranto  
Cod. Fis./P.I. 00146330733 - Reg. Imprese di TA n° 00146330733  
Capitale sociale versato L. 16.229.585.169

Tessera di abbonamento

NUMERO: **B17625**  
NOTE:  
SCADENZA: **29/01/2010**  
TITOLARE: **PROTOPAPA ADELAIDE**  
NATO IL: **24/07/31**  
Costo tessera: EURO **2,5**

**AmAt** S.p.A.  
Azienda per la Mobilità nell'Area di Taranto  
Cod. Fis./P.I. 00146330733 - Reg. Imprese di TA n° 00146330733  
Capitale sociale versato L. 16.229.585.169

Tessera di abbonamento

NUMERO: **B17625**  
NOTE:  
SCADENZA: **29/01/2010**  
TITOLARE: **PROTOPAPA ADELAIDE**  
NATO IL: **24/07/31**  
Costo tessera: EURO **2,5**

**AmAt** S.p.A.  
Azienda per la Mobilità nell'Area di Taranto  
Cod. Fis./P.I. 00146330733 - Reg. Imprese di TA n° 00146330733  
Capitale sociale versato L. 16.229.585.169

Tessera di abbonamento

NUMERO: **B17625**  
NOTE:  
SCADENZA: **29/01/2010**  
TITOLARE: **PROTOPAPA ADELAIDE**  
NATO IL: **24/07/31**  
Costo tessera: EURO **2,5**

**AmAt** S.p.A.  
Azienda per la Mobilità nell'Area di Taranto  
Cod. Fis./P.I. 00146330733 - Reg. Imprese di TA n° 00146330733  
Capitale sociale versato L. 16.229.585.169

Tessera di abbonamento

NUMERO: **B17625**  
NOTE:  
SCADENZA: **29/01/2010**  
TITOLARE: **PROTOPAPA ADELAIDE**  
NATO IL: **24/07/31**  
Costo tessera: EURO **2,5**

**AmAt** S.p.A.  
Azienda per la Mobilità nell'Area di Taranto  
Cod. Fis./P.I. 00146330733 - Reg. Imprese di TA n° 00146330733  
Capitale sociale versato L. 16.229.585.169

Tessera di abbonamento

NUMERO: **B17625**  
NOTE:  
SCADENZA: **29/01/2010**  
TITOLARE: **PROTOPAPA ADELAIDE**  
NATO IL: **24/07/31**  
Costo tessera: EURO **2,5**

**AmAt** S.p.A.  
Azienda per la Mobilità nell'Area di Taranto  
Cod. Fis./P.I. 00146330733 - Reg. Imprese di TA n° 00146330733  
Capitale sociale versato L. 16.229.585.169

Tessera di abbonamento

NUMERO: **B17625**  
NOTE:  
SCADENZA: **29/01/2010**  
TITOLARE: **PROTOPAPA ADELAIDE**  
NATO IL: **24/07/31**  
Costo tessera: EURO **2,5**

**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** *ore 20*  
Biglietto Ordinario  
di corsa semplice

N. 1651325

SERIE 2009

49424101350  
00146330733

Mit. Costolano Lucie

Vie D'Alb' Alfieri 75

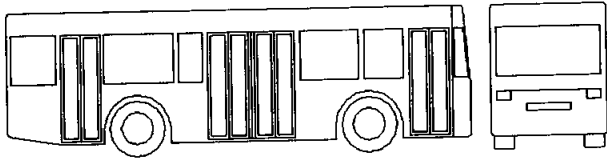
74100 Toronto

Spett. AMAT

## DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

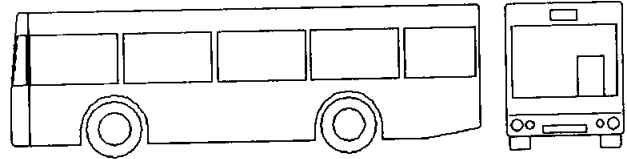
Vista laterale destra

Vista posteriore



Vista laterale sinistra

Vista anteriore



## DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALL'AUTOBUS

|  |   |
|--|---|
|  | ▲ |
|  | ▼ |

## DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALLA CONTROPARTE

|  |   |
|--|---|
|  | ▲ |
|  | ▼ |

## DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

IN PIAZZA EBALIA, ALL'ATTO DELLA SVOLTA PER VIA OBERDAN, DUE RAGAZZI BALORDI AZIONAVANO LA LEVA DI APERTURA DELLA PORTA POSTERIORE FACENDO COSÌ ATTIVARE IL FRENO DI EMERGENZA CHE BLOCCA IL MEZZO. LA FRENATA, IMPREVISTA, E' STATA PARTICOLARMENTE BRUSCA E A SEGUITO DELLA STESSA DUE ANZIANE VIAGGIATRICI VENIVANO SBALOTTATE E RIPORTAVANO CONTUSIONI TALI DA RENDERSI NECESSARIO IL SOCCORSO MEDICO DEL 118.

LA SIG.RA CATAPANO LUCIA DICHIARAVA DI LAMENTARE DOLORE A UN GOMITO, MENTRE LA SIG.RA PROTOPAPA ADELAIDE LAMENTAVA DOLORE ALLA SPALLA.

ENTRAMBE VENIVANO TRASPORTATE CON L'AMBULANZA AL PRONTO SOCCORSO DEL LOCALE OSPEDALE.

NESSUN ALTRO VIAGGIATORE CONTUSO TRA I CIRCA TRENTA PASSEGGERI A BORDO AL MOMENTO DELL'EVENTO.

## SINISTRI DENUNZIATI DA TERZI SENZA INDIVIDUAZIONE DELL'AGENTE RESPONSABILE

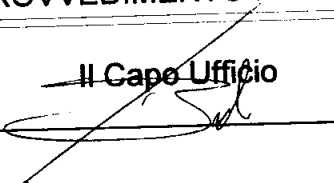
☐ PROVVEDIMENTO PRESIDENTE

APERTURA SINISTRO

☐ SI ☐ NO

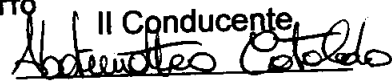
LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Il Capo Ufficio



TA, 01/06/2010

Il Conducente



pagina

2



# DENUNCIA DI SINISTRO STRADALE

|                                                     |                                                                            |                                             |                                                  |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>N° SINISTRO</b><br>143/A/10                      | <b>DATA SINISTRO</b><br>29/05/2010                                         | <b>ORA</b><br>20.10                         | <b>MODALITA' APERTURA</b><br>DENUNCIA AGENTE     |
| <b>LINEA</b><br>3                                   | <b>LUOGO IN CUI E' ACCADUTO IL SINISTRO</b><br>PIAZZA EBALIA - VIA OBERDAN | <b>ANGOLO</b>                               |                                                  |
| <b>DIREZIONE</b><br>TAMBURI - CITTA' MERCATO        |                                                                            | <b>N° SOCIALE</b><br>484                    | <b>TARGA AUTOBUS</b><br>CA 357 RJ                |
| <b>MATR. AGENTE</b><br>100100                       | <b>COGNOME</b><br>ABATEMATTEO                                              | <b>NOME</b><br>CATALDO                      | <b>QUALIFICA</b><br>CONDUCENTE DI LINEA          |
| <b>COMUNE DI NASCITA</b><br>MONTEPARANO             | <b>DATA DI NASCITA</b><br>20-06-70                                         | <b>DATA ASSUNZIONE</b><br>12-12-2005        | <b>COMUNE DI RESIDENZA</b><br>SAN MARZANO DI SAN |
|                                                     |                                                                            |                                             | <b>C.A.P.</b><br>74020                           |
| <b>DOMICILIO</b><br>VIA F. PETRARCA 21              | <b>TIPO PATENTE</b><br>D                                                   | <b>N° PATENTE</b><br>TA5181053P             | <b>RILASCIATA A</b><br>TARANTO                   |
|                                                     |                                                                            | <b>DATA RILASCIO</b><br>13/11/2008          | <b>SCADENZA PATENTE</b><br>09/09/2013            |
| <b>COMPAGNIA ASSICURATRICE A.M.A.T.</b><br>ASSIMOCO |                                                                            | <b>COMPAGNIA ASSICURATRICE KASKO AGENTE</b> |                                                  |

## DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 1° VEICOLO

|                                                             |                |              |                                     |                            |
|-------------------------------------------------------------|----------------|--------------|-------------------------------------|----------------------------|
| <b>MARCA</b>                                                | <b>MODELLO</b> | <b>TARGA</b> | <b>PROPRIETARIO</b>                 | <b>COMUNE DI RESIDENZA</b> |
|                                                             |                |              |                                     |                            |
| <b>VIA / PIAZZA</b>                                         |                |              | <b>COMPAGNIA ASSICURATRICE</b>      |                            |
|                                                             |                |              |                                     |                            |
| <b>CONDUCENTE (SE DIVERSO DA PROPRIETARIO) VIA / PIAZZA</b> |                |              | <b>COMUNE DI RESIDENZA</b>          |                            |
|                                                             |                |              |                                     |                            |
| <b>1° DANNEGGIATO</b><br>CATALANO LUCIA                     |                |              | <b>NATURA DEL DANNO</b>             |                            |
|                                                             |                |              |                                     |                            |
| <b>2° DANNEGGIATO</b><br>PROTOPAPA ADELAIDE                 |                |              | <b>NATURA DEL DANNO</b><br>Abbonata |                            |
|                                                             |                |              |                                     |                            |

## DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 2° VEICOLO

|                       |                                |                         |                     |                  |
|-----------------------|--------------------------------|-------------------------|---------------------|------------------|
| <b>MARCA</b>          | <b>MODELLO</b>                 | <b>TARGA</b>            | <b>PROPRIETARIO</b> | <b>RESIDENZA</b> |
|                       |                                |                         |                     |                  |
| <b>DOMICILIO</b>      | <b>COMPAGNIA ASSICURATRICE</b> | <b>IMPORTO DANNI</b>    | <b>LIQUIDATORE</b>  |                  |
|                       |                                |                         |                     |                  |
| <b>3° DANNEGGIATO</b> |                                | <b>NATURA DEL DANNO</b> |                     |                  |
|                       |                                |                         |                     |                  |
| <b>4° DANNEGGIATO</b> |                                | <b>NATURA DEL DANNO</b> |                     |                  |
|                       |                                |                         |                     |                  |

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>AUTORITA' INTERVENUTA</b> |  |
| <b>TESTIMONI</b>             |  |
| CITO VITO - NATO IL 27/08/46 |  |
|                              |  |

☐ VALIDAZIONE DELLA DIREZIONE

**CEDOLA DI VIAGGIO DEL BUS N° 484 DATA 29-05-2010**

[illegible]

**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 1140

ALLE ORE 1045

LINEA 24

FIRMA OPERATORE DI ESERCIZIO  
*S. Squarzo Lorenico*

| CONTROLLI<br>(Barrare la voce che ricorre)   | Inizio<br>Turno | Fine<br>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 12:00

ALLE ORE 24:20

LINEA 3

FIRMA OPERATORE DI ESERCIZIO  
*Abatech Ettore*

| CONTROLLI<br>(Barrare la voce che ricorre)   | Inizio<br>Turno | Fine<br>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<br>(Barrare la voce che ricorre)   | Inizio<br>Turno | Fine<br>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 \_\_\_\_\_:**

Ore 20:10 in Piazza EBALIA x VIA OBERDA DEI RAGAZZI HANNO APERTO LA PORTA POSTERIORE FACENDO FERMARE L'AUTOBUS BRUSCEMENTE, DUE SIGNORE ANZIANE SI SONO FATTE TACCHE E HO CHIAMATO IL 118 DOPO L'INTERVENTO LE DUE SIGNORE SONO STATE

al rientro - visto: L'ADDETTO MOVIMENTO E TRAFFICO TRASPORTATI IN OSPEDALE - *Abatech Ettore*

**Amat**

143/A/10

Data, 27.05.10

COMUNICAZIONE INTERNA

AL COOR. SIG. PIGNATARÈ

SEDE

COMUNICO CHE L'AG. ABATERANEO CATANEO,  
A CAUSA DI RAGAZZI CHE HANNO APERTO LA  
PORTA POSTERIORE DEL BUS U84, DUE SIGNORE  
SI SONO FATTE FARE ALLE ORE 20.10.  
COMUNICARE AL CSPO AREA.

Prot. N. 10377  
01 GIU. 2010

|      |                          |                                     |
|------|--------------------------|-------------------------------------|
| Dir. | PRESIDENTE               | <input type="checkbox"/>            |
| DG   | DIRETTORE GENERALE       | <input type="checkbox"/>            |
| DA   | DIRETTORE AMMINISTRATIVO | <input type="checkbox"/>            |
| DT   | DIRETTORE TECNICO        | <input type="checkbox"/>            |
| UE   | ESERCIZIO MOVIMENTO      | <input checked="" type="checkbox"/> |
| UAG  | AFFARI GEN.ER./SINISTRI  | <input type="checkbox"/>            |
| UA   | ACQUISTI/CONTRATTI       | <input type="checkbox"/>            |
| UC   | CONTABILITA'/BILANCIO    | <input type="checkbox"/>            |
| UI   | INFORMATICA              | <input type="checkbox"/>            |
| UP   | PERSONALE/RETRIBUZIONI   | <input type="checkbox"/>            |
| UT   | TECNICO                  | <input type="checkbox"/>            |
| UPT  | PRODOTTI TRATTEGGIO      | <input type="checkbox"/>            |
| URG  | RAZIONERIA/ECONOMATO     | <input type="checkbox"/>            |
| STG  | SINTE QUALITÀ            | <input type="checkbox"/>            |

name

*[Signature]*

10381  
 Prot. N. 01 GIU. 2010  
 Dei  
 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 ☐  
 ULRG. RAGIONERIA / ECONOMATO ☐  
 STQ. STAFF QUALITA' ☐



Taranto li 29.05.10

AI RESPONSABILE AREA ESERCIZIO/SOSTA

SEDE

Oggetto: RELAZIONE DI SERVIZIO

Comunico che sul 2030 l'AG. ABSTENTHEO CATALDO, A CAUSA DI RAGAZZI CHE HANNO APERTO LA PORTA DEL BUS 484, TRAMITE LEVA DELL'APERTURA DI SICUREZZA, DUE SIGNORE SI SONO FATTE MALI.

TRASCRIVO COMUNICAZIONE RIPORTATA SULLA CEDOLA.

IL GIORNO 20/10 IN PIAZZA EBANA X VIA OBERDAN, DEI RAGAZZI HANNO APERTO LA PORTA POSTERIORE FACENDO FERMARE L'AUTOBUS BRUSCOAMENTE, DUE SIGNORE ANZIANE SI SONO FATTE MALI HO CHIAMATO IL 118 DOPO L'INTERVENTO, LE DUE SIGNORE SONO STATE TRASPORTATE IN OSPEDALE.

SEGUE RELAZIONE DEL CONDUCENTE.  
 PER OPPORTUNA CONOSCENZA

firmato: Nasce

143/A/10

**Oggetto:** 9.510.10.00586 RIF AMAT 143/A/10

**Mittente:** <apertura.sinistri@assimoco.it>

**Data:** Tue, 22 Jun 2010 14:32:43 +0200

**A:** <clsbari@assimoco.it>, <salvatore.dicorato@assimoco.it>, <giacomo.gadaleta@assimoco.it>, <luciano.scolozzi@assimoco.it>

**CC:** <tursi@amat.ta.it>, <sinistriamat@amat.ta.it>, <vittorio.derrico@gbsspa.it>

Vi comunichiamo che, a seguito del ricevimento della richiesta di risarcimento/denuncia allegata, abbiamo provveduto ad aprire il sinistro in oggetto.

Cogliamo l'occasione per riepilogare i riferimenti per i servizi attivi:

- APERTURA SINISTRI: FAX 800.034.196 - E.mail [apertura.sinistri@assimoco.it](mailto:apertura.sinistri@assimoco.it)
- SINISTRI CARD APERTI DA FLUSSO AUTOMATICO: FAX 800.633.500 - E.mail [richiesta.denuncia@assimoco.it](mailto:richiesta.denuncia@assimoco.it)
- CONSULENZA: TEL 800.533.001 - E.mail [helpdesk.sinistri@assimoco.it](mailto:helpdesk.sinistri@assimoco.it)

Disponibili per eventuali ed ulteriori chiarimenti, porgiamo cordiali saluti.

Alessandra Ciccu

|                            |                                                                                            |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1324966_mst_1065_1_doc.pdf | <b>Content-Type:</b> application/octet-stream<br><b>Content-Encoding:</b> quoted-printable |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|

1324966\_amat CA357RJ\_20100622142905.PDF

|                                         |                                                                                  |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 1324966_amat CA357RJ_20100622142905.PDF | <b>Content-Type:</b> application/octet-stream<br><b>Content-Encoding:</b> base64 |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

510.2010.00586

## DENUNCIA SINISTRO

**510.2010.00586**

Garanzia Colpita: **D00 - R.C. (SETTORE III IV)**  
Natura Sinistro: **0000 - R.C. VEICOLI A MOTORE**

Numero Polizza: 510.013.00.00100205

Targa: **CA357RJ**

Numero Applicazione:

Contraente: **AMAT S.P.A.**  
Indirizzo: **VIA CESARE BATTISTI 657**  
**TARANTO**  
**74121 TA**

Cod. Fiscale: 00146330733

Data Sinistro: **29/05/2010**

Data Denuncia: 01/06/2010

Data per.: 01/06/2010  
74100 TA

Località Sinistro: **TARANTO**

**Conducente: ABATEMATTEO CATALDO**

Abi: Cab:

Cassa: 00050

Referente:

Ispettorato Codif.: **BARI 004**

Perito/Riparatore incaricato:

Data incarico:

Preventivo Auto

| Passanti | Trasportati | Cose non trasp/ARD | Cose trasportate |
|----------|-------------|--------------------|------------------|
| 0,00     | 15.200,00   | 0,00               | 0,00             |

Preventivo RE: 0,00

Modalità: RCA ordinario - RE-  
SPONSABILE

**REGOLARITA' AMMINISTRATIVA:** ☒ **SI**

### Descrizione del sinistro

RIF. AMAT 143/A/10 - BALORDI AZIONAVANO IL FRENO DI EMERGENZA.A CAUSA DELLA BRUSCA FREN-  
ATA DUE ANZIANE VIAGGIATRICI SI INFORTUNAVANO

**Il Denunciante**

**Danneggiati:**

PROTOPAPA ADELE

CATALANO LUCIA

**Ispettorato gestore**

☐☐

**Liquidato**

☐☐

Taranto, li 23/06/2010

Egr. Ing.  
Cigliese Cosimo  
Responsabile Area Commerciale  
SEDE

OGGETTO: Sinistro n.151/A/10 del 09/05/2010  
Utente: **Gerzia De Souza Rocha** nata a Fortaleza (Brasile)  
il 25/04/1975

Sinistro n.153/A/10 del 08/06/2010  
Utente: **Galeano Angela** nata a Carosino (Ta) il 9/1/1938 (tes.B12499)

Sinistro n.143/A/10 del 29/05/2010  
Utente: **Protopapa Adelaide** nata a Taranto il 24/7/31 (tes.B17625)

Sinistro n.158/A/10 del 13/05/2010  
Utente: **Pacifico Teresa** nata a Taranto il 20/7/95 (tes.F2489)

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

In attesa di cortese riscontro Le porgo distinti saluti.

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

*(Handwritten signature)*

Prot. N° 11992  
24 GIU. 2010

|       |                           |                          |
|-------|---------------------------|--------------------------|
| Del   | PRESIDENTE                | <input type="checkbox"/> |
| OG    | DIRETTORE GENERALE        | <input type="checkbox"/> |
| OA    | DIRETTORE AMMINISTRATIVO  | <input type="checkbox"/> |
| DT    | DIRETTORE TECNICO         | <input type="checkbox"/> |
| UE    | ESERCIZIO MOVIMENTO       | <input type="checkbox"/> |
| UAG   | AFFARI GEN./P.R./SINISTRI | <input type="checkbox"/> |
| UA    | ACQUISTI/CONTRATTI        | <input type="checkbox"/> |
| UC    | CONTABILITÀ/BILANCIO      | <input type="checkbox"/> |
| UI    | INFORMATICA               | <input type="checkbox"/> |
| UP    | PERSONALE/RETRIBUZIONI    | <input type="checkbox"/> |
| UT    | TECNICO                   | <input type="checkbox"/> |
| ut.PT | PRODOTTI TRAFFICO         | <input type="checkbox"/> |
| ut.RG | RAGIONERIA/ECONOMATO      | <input type="checkbox"/> |
| STQ   | STAFF QUALITÀ             | <input type="checkbox"/> |



Taranto, li 25 GIU. 2010

Prot. 12331 UAG

Egr. Sig.  
Pugliese Emanuele  
Via Galileo Galilei, 26  
74121 - TARANTO

OGGETTO: SINISTRO DEL 29/05/2010 ore 20.10  
Verificatosi in Via Oberdan – Piazza Ebalia  
Ns. Rif. 143/A/10

La S.V. è gentilmente invitata a recarsi all'Ufficio sinistri aziendale, situato alla Via C. Battisti, 657, previo appuntamento telefonico con l'addetto all'Ufficio (Tel. 099/7356261), per rilasciare dichiarazione testimoniale riguardante l'evento indicato in oggetto.

La ringraziamo anticipatamente per l'attenzione che riserverà alla presente e porgiamo distinti saluti.

3                      18

IL DIRETTORE GENERALE  
(Ing. Giovanni Marichecchia)

# Posteitaliane

Avviso di ricevimento

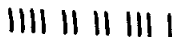
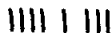
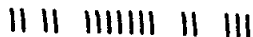
EP 0683 EP 3505 - Mod. 23 I-P - MOD. 01304 (CX WE452E) - St. 141 Ed. 07-05



A.M.A.T. s.p.a.  
AZIENDA PER LA MOBILITA'  
NELLE REGIONI DEL SUD  
Via C. Battisti, 657  
74100 TARANTO



163/A/10



Avviso di ricevimento

BARI CMP  
Poste

03.07.10-13224057581 3

Italiane  
Numero

Dall'ufficio postale di

Raccomandato

Pacchi

Assicurato

Euro

Data di ricezione

Destinatario

PUGNIESSE EMANUELE

Via

ORILEO GALILEI, 26

C.A.P.

74121

Località

TARRANTO

*[Handwritten signature: Puffe...]* *1/7/10* *[Handwritten signature]*

Firma per esteso del ricevente  
(Nome e Cognome)

Data

Firma dell'incaricato alla distribuzione

Bollo dell'ufficio  
di distribuzione

- Consultare l'elenco degli indirizzi telefonici al 02/01/09/04/01.
- Non recapitare il pacco a destinatari non presenti.
- Segnalare l'indirizzo di recapito.

AVVISO DI RICEVIMENTO  
POSTE  
ITALIANE  
10.7.13.15  
ITALIANE (TA)

**URGENTE**

Taranto, li 23/06/2010

Al Coordinatore f.f.  
Area Tecnica  
Sig. Gregorio Paurini  
**SEDE**

OGGETTO: **SINISTRO DEL 29/05/2010**  
**NS. Rif. 143/A/10**

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 **484**.

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**

*et*

11993

Prot. N° **24 GIU. 2010**

|     |                           |                          |
|-----|---------------------------|--------------------------|
| Del |                           |                          |
| P   | PRESIDENTE                | <input type="checkbox"/> |
| DG  | DIRETTORE GENERALE        | <input type="checkbox"/> |
| DA  | DIRETTORE AMMINISTRATIVO  | <input type="checkbox"/> |
| DT  | DIRETTORE TECNICO         | <input type="checkbox"/> |
| UE  | ESERCIZIO MOVIMENTO       | <input type="checkbox"/> |
| UAG | AFFARI GEN./P.R./SINISTRI | <input type="checkbox"/> |
| UA  | ACQUISTI / CONTRATTI      | <input type="checkbox"/> |
| UC  | CONTABILITÀ / BILANCIO    | <input type="checkbox"/> |
| UI  | INFORMATICA               | <input type="checkbox"/> |
| UP  | PERSONALE / RETRIBUZIONI  | <input type="checkbox"/> |
| UT  | TECNICO                   | <input type="checkbox"/> |
| UPT | PRODOTTI TRAFFICO         | <input type="checkbox"/> |
| URG | RAGIONERIA / ECONOMATO    | <input type="checkbox"/> |
| STQ | STAFF QUALITÀ             | <input type="checkbox"/> |
|     |                           | <input type="checkbox"/> |

143/A/10

**Oggetto:** 9.510.10.00586 RIF AMAT 143/A/10

**Mittente:** <apertura.sinistri@assimoco.it>

**Data:** Tue, 22 Jun 2010 14:32:43 +0200

**A:** <clsbari@assimoco.it>, <salvatore.dicorato@assimoco.it>, <giacomo.gadaleta@assimoco.it>, <luciano.scolozzi@assimoco.it>

**CC:** <tursi@amat.ta.it>, <sinistriamat@amat.ta.it>, <vittorio.derrico@gbsspa.it>

Vi comunichiamo che, a seguito del ricevimento della richiesta di risarcimento/denuncia allegata, abbiamo provveduto ad aprire il sinistro in oggetto.

Cogliamo l'occasione per riepilogare i riferimenti per i servizi attivi:

- APERTURA SINISTRI: FAX 800.034.196 - E.mail [apertura.sinistri@assimoco.it](mailto:apertura.sinistri@assimoco.it)
- SINISTRI CARD APERTI DA FLUSSO AUTOMATICO: FAX 800.633.500 - E.mail [richiesta.denuncia@assimoco.it](mailto:richiesta.denuncia@assimoco.it)
- CONSULENZA: TEL 800.533.001 - E.mail [helpdesk.sinistri@assimoco.it](mailto:helpdesk.sinistri@assimoco.it)

Disponibili per eventuali ed ulteriori chiarimenti, porgiamo cordiali saluti.

Alessandra Ciccu

|                            |                                                                                            |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1324966_mst_1065_1_doc.pdf | <b>Content-Type:</b> application/octet-stream<br><b>Content-Encoding:</b> quoted-printable |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|

1324966\_amat CA357RJ\_20100622142905.PDF

|                                         |                                                                                  |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 1324966_amat CA357RJ_20100622142905.PDF | <b>Content-Type:</b> application/octet-stream<br><b>Content-Encoding:</b> base64 |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

AMAT s.p.a. - Protocollo in Arrivo

Prot. N. 11922

Del 23 GIU. 2010

- |      |                           |                                     |
|------|---------------------------|-------------------------------------|
| P    | PRESIDENTE                | <input type="checkbox"/>            |
| DG   | DIRETTORE GENERALE        | <input type="checkbox"/>            |
| DA   | DIRETTORE AMMINISTRATIVO  | <input type="checkbox"/>            |
| DT   | DIRETTORE TECNICO         | <input type="checkbox"/>            |
| UE   | ESERCIZIO MOVIMENTO       | <input type="checkbox"/>            |
| UAG  | AFFARI GEN./P.R./SINISTRI | <input checked="" type="checkbox"/> |
| UA   | ACQUISTI / CONTRATTI      | <input type="checkbox"/>            |
| UC   | CONTABILITA' / BILANCIO   | <input type="checkbox"/>            |
| UI   | INFORMATICA               | <input type="checkbox"/>            |
| UP   | PERSONALE / RETRIBUZIONI  | <input type="checkbox"/>            |
| UT   | TECNICO                   | <input type="checkbox"/>            |
| U/PT | PRODOTTI TRAFFICO         | <input type="checkbox"/>            |
| U/RG | RAGIONERIA / ECONOMATO    | <input type="checkbox"/>            |
| STQ  | STAFF QUALITA'            | <input type="checkbox"/>            |
|      |                           | <input type="checkbox"/>            |

*Q*

510.2010.00586

## DENUNCIA SINISTRO

**510.2010.00586**

Garanzia Colpita: **D00 - R.C. (SETTORE III IV)**  
Natura Sinistro: **0000 - R.C. VEICOLI A MOTORE**

Numero Polizza: 510.013.00.00100205

Targa: **CA357RJ**

Numero Applicazione:

Contraente: **AMAT S.P.A.**

Cod. Fiscale: 00146330733

Indirizzo: **VIA CESARE BATTISTI 657  
TARANTO  
74121 TA**

Data Sinistro: **29/05/2010**

Data Denuncia: 01/06/2010

Data per.: 01/06/2010

Località Sinistro: TARANTO

74100 TA

**Conducente: ABATEMATTEO CATALDO**

Abi: Cab:

Cassa: 00050

Referente:

Ispettorato Codif.: **BARI 004**

Perito/Riparatore incaricato:

Data incarico:

Preventivo Auto

| Passanti | Trasportati | Cose non trasp/ARD | Cose trasportate |
|----------|-------------|--------------------|------------------|
| 0,00     | 15.200,00   | 0,00               | 0,00             |

Preventivo RE: 0,00

Modalità: RCA ordinario - RE-  
SPONSABILE

**REGOLARITA' AMMINISTRATIVA:** ☒ **SI**

### Descrizione del sinistro

RIF. AMAT 143/A/10 - BALORDI AZIONAVANO IL FRENO DI EMERGENZA.A CAUSA DELLA BRUSCA FREN-  
ATA DUE ANZIANE VIAGGIATRICI SI INFORTUNAVANO

**Il Denunciante**

**Danneggiati:**

PROTOPAPA ADELE

CATALANO LUCIA

**Ispettorato gestore**

☐☐

**Liquidato**

☐☐

2000. 270

Capo Unità Organizzativa  
Affari Generali  
Dott.ssa Tiziana Tursi  
SEDE

**OGGETTO:** Verifica abbonamenti utenti

Facendo seguito alle note specificate, si comunicano le informazioni richieste:

[illegible]

Distinti saluti.

Il Responsabile Area Commerciale  
Ing. Cosimo Cigliese

Prot. N

11496  
17 GIU. 2010

Del

|     |                           |                                     |
|-----|---------------------------|-------------------------------------|
| P   | PRESIDENTE                | <input type="checkbox"/>            |
| DG  | DIRETTORE GENERALE        | <input type="checkbox"/>            |
| DA  | DIRETTORE AMMINISTRATIVO  | <input type="checkbox"/>            |
| DT  | DIRETTORE TECNICO         | <input type="checkbox"/>            |
| UE  | ESERCIZIO MOVIMENTO       | <input type="checkbox"/>            |
| UAG | AFFARI GEN./P.R./SINISTRI | <input checked="" type="checkbox"/> |
| UA  | ACQUISTI / CONTRATTI      | <input type="checkbox"/>            |
| UC  | CONTABILITA' / BILANCIO   | <input type="checkbox"/>            |
| UI  | INFORMATICA               | <input type="checkbox"/>            |
| UP  | PERSONALE / RETRIBUZIONI  | <input type="checkbox"/>            |
| UT  | TECNICO                   | <input type="checkbox"/>            |
| UPT | PRODOTTI TRAFFICO         | <input type="checkbox"/>            |
| URG | RAGIONERIA / ECONOMATO    | <input type="checkbox"/>            |
| STQ | STAFF QUALITA'            | <input type="checkbox"/>            |

Spett.le AMAT  
TARANTO

**Oggetto: Infortunio subito il 29/05/2010, alle ore 20,00 circa sul bus  
nr. 484 della linea 3 in via Oberdan c/o piazza Ebalia**

**La sottoscritta Potopapa Adelaide nata a Taranto  
il 24/07/1931 e residente in Taranto alla via Maturi, 8  
dichiara di essere stata coinvolta nell'infortunio mensionato  
in oggetto quale passeggero.**

**Si allega la cartella clinica rilasciata dall'ospedale di Taranto**

Taranto .....

17 - 6 - 2010 .....

Potopapa Adelaide

Origine





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

Via Bruno n. 1  
74100 TARANTO  
Tel. 099.4585364 - Fax 099.4585366

GIORNA RIPOSA 10-12

DIREZIONE MEDICA - ARCHIVIO CLINICO

Il/la sottoscritto/a

PPOTAPPA ADRE

nato/a a

TA

il

24/2/31

residente

/

Tel.

099/6791012

documento d'identità n.

AS001E352, CARTA

CHIEDE

Il rilascio della copia della cartella clinica di

ricoverato in data presso

Copia del referto della prestazione sanitaria eseguita in Pronto Soccorso,

in data

CON SOLERZA RADIOLOGICA 30/5/06  
N. 20879

Desidera ricevere a domicilio la cartella clinica

SI ☐

NO ☐

Il pagamento dovrà essere effettuato, a ricezione del documento, tramite contrassegno.  
Le copie delle cartelle cliniche devono essere ritirate entro 90 giorni dalla richiesta,  
alla scadenza di detto periodo si dovrà provvedere ad inoltrare ulteriore richiesta.

Taranto, li

14/06/2006

Firma

Firma

CHI PUÒ RICHIEDERE LA CARTELLA CLINICA

- Ogni cittadino può richiedere copia della cartella clinica relativa al proprio ricovero.
- In caso di impossibilità dell'interessato può essere delegata persona di fiducia che può farne richiesta presentando delega scritta al ritiro con documento proprio e del delegante.

TARIFFE CARTELLA CLINICA

Tariffa fissa (per cartelle cliniche fino a 200 fogli)

€ 10,00

Per ogni foglio dal n. 201 in poi

€ 0,05

C.U.P. - REGIONE PUGLIA  
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TA  
CASSA N. 15 , PARTITA IVA: 02026690731  
OSP."SS. ANNUNZIATA" - TARANTO  
VIA BRUNO, 1

DATA: 11/06/2010

F A T T U R A    Nr.    25500

Assistito        :        PROTOPAPA  
Indirizzo       :        ADELAIDE  
Residenza       :        VIA MATURI 8  
                 :        74100 TARANTO  
                 :        (TA)

Part.Iva/Cod.Fis :    PRTDLD31L64L049E  
Data di nascita :    24/07/1931

Medico           :  
Onere            :        CAA COPIE DI CARTELLE CLINICHE  
Ente Previdenziale:  
Note             :

DESCRIZIONE PRESTAZIONE

|                                          | Q.TA' | IMPORTO         | ENPAP/ENPAV | %IVA | SEDE | CDC  |
|------------------------------------------|-------|-----------------|-------------|------|------|------|
| consulenza                               | 1     | 1,50            | 0,00        |      | 0506 | 0002 |
| ESENTE ART.10 (DPR 633/72 E SUCC.MOD.)   | 0,00  | Bollo           |             |      | 0,00 |      |
| ESCLUSO ART.15 (DPR 633/72 E SUCC. MOD.) | 0,00  | Iva             |             |      | 0,00 |      |
| FUORI CAMPO IVA                          | 1,50  | Importo fattura |             |      | 1,50 |      |
|                                          |       | ENPAP/ENPAV     |             |      | 0,00 |      |
|                                          |       | Saldo           | (CONTANTE   | )    | 1,50 |      |

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

0002 DIREZIONE AMMINISTRATIVA

L'addetto alla riscossione  
----- 565T -----

*[Handwritten signature and stamp]*

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

S.C. DI MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA

Direttore: Dr. A. BRUNO

Tel. 099.4585456/7 - Fax 099.4590440

CERTIFICAZIONE DI PRONTO SOCCORSO

N° REG. 20879

Data 20/5/06

Orario di Ingresso 08:30

Orario di Uscita 12:30

Cognome S. Nome S. Sesso ☒ M ☐ F

Luogo e data di nascita 12/1/05

Residenza 10128

Documento d'identità

Diagnosi Catena di Montebello

Prognosi CINQUE (5) sc U ☒ P.R.

Accertamenti e terapia effettuata

Consulenze

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

Specificare se si tratta di:

- |                                                |                                                                           |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Infortunio sul lavoro | <input checked="" type="checkbox"/> Incidente stradale                    |
| <input type="checkbox"/> Lesioni provocate     | <input type="checkbox"/> Incidente stradale senza responsabilità di terzi |
| <input type="checkbox"/> Infortunio scolastico | <input type="checkbox"/> Incidente domestico                              |
| <input type="checkbox"/> Incidente sportivo    | <input type="checkbox"/> Altro                                            |
| <input type="checkbox"/> Morso di animali      | <input type="checkbox"/> Accidentale                                      |

Data dell'incidente 20/5/06 Luogo dell'incidente 10128

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

C.U.P. - REGIONE PUGLIA  
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TA  
CASSA N. 15 , PARTITA IVA: 02026690731  
OSP."SS. ANNUNZIATA" - TARANTO  
VIA BRUNO, 1

DATA: 11/06/2010

F A T T U R A    Nr.    25455

Assistito        :        PROTOPAPA  
Indirizzo       :        ADELAIDE  
Residenza       :        VIA MATURI 8  
                 :        74100 TARANTO  
                 :        (TA)

Part.Iva/Cod.Fis :    PRTDLD31L64L049E  
Data di nascita :  
  
Medico           :    BRUNO                    ANGELO  
Sezionale        :    30104                    Matricola :    30104  
Onere            :    ALPI PRESTAZIONI LIBERO-PROFESSIONALI  
Ente Previdenziale:  
Note            :

| DESCRIZIONE PRESTAZIONE                  | Q.TA' | IMPORTO         | ENPAP/ENPAV | %IVA | SEDE  | CDC  |
|------------------------------------------|-------|-----------------|-------------|------|-------|------|
| CERTIFICATO AD USO ASSICURATIVO          | 1     | 25,00           | 0,00        | 20   | 0506  | 0903 |
| ESENTE ART.10 (DPR 633/72 E SUCC.MOD.)   | 0,00  | Bollo           |             |      | 0,00  |      |
| ESCLUSO ART.15 (DPR 633/72 E SUCC. MOD.) | 0,00  | Iva             |             |      | 5,00  |      |
| FUORI CAMPO IVA                          | 0,00  | Importo fattura |             |      | 30,00 |      |
|                                          |       | ENPAP/ENPAV     |             |      | 0,00  |      |
|                                          |       | Saldo           | (CONTANTE   | )    | 30,00 |      |

Legenda sedi e centri di costo:  
0506 OSP."SS. ANNUNZIATA" - TARANTO                    0903 PRONTO SOCCORSO

L'addetto alla riscossione  
565T  
CASSA SANITARIA  
PRONTO SOCCORSO  
11/06/2010



11495  
17 GIU 2010Del  
P

PRESIDENTE



DG

DIRETTORE GENERALE



DA

DIRETTORE AMMINISTRATIVO



DT

DIRETTORE TECNICO



UE

ESERCIZIO MOVIMENTI



UAG

AFFARI GENERALI E AMMINISTRATIVI



UA

ACQUISTI / CONTRATTI



UC

CONTABILITA' / BILANCIO



UI

INFORMATICA



UP

PERSONALE / RETRIBUZIONI



UT

TECNICO



UEPT

PRODOTTI TRAFFICO



UERG

RAGIONERIA / ECONOMATO



STQ

STAFF QUALITA'



143/A/10

**Spett.le AMAT  
TARANTO**

**Oggetto: Infortunio subito il 29/05/2010, alle ore 20,00 circa sul bus  
nr. 484 della linea 3 in via Oberdan c/o piazza Ebalia**

**La sottoscritta Catalano Lucia nata a Taranto  
il 09/05/1948 e residente in Taranto alla via D'Alò Alfieri, 76  
dichiara di essere stata coinvolta nell'infortunio menzionato  
in oggetto quale passeggero.**

**Si allega la cartella clinica rilasciata dall'ospedale di Taranto**

Taranto .....

16-5-2010

.....  
Catalano Lucia

C.U.P. - REGIONE PUGLIA  
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TA  
CASSA N. 15 , PARTITA IVA: 02026690731  
OSP."SS. ANNUNZIATA" - TARANTO  
VIA BRUNO, 1

DATA: 11/06/2010

F A T T U R A    Nr.    25460

Assistito        :        CATALANO  
                  :        LUCIA  
Indirizzo       :        VIA D'ALO' ALFIERI,76  
Residenza       :        74100 TARANTO  
                  :        (TA)

Part.Iva/Cod.Fis :    CTLLCU48E49L049W  
Data di nascita   :   

Medico            :    BRUNO                    ANGELO  
Sezionale        :    30104                    Matricola :    30104  
Onere            :    ALPI PRESTAZIONI LIBERO-PROFESSIONALI  
Ente Previdenziale:  
Note             :

| DESCRIZIONE PRESTAZIONE                  | Q.TA' | IMPORTO         | ENPAP/ENPAV | %IVA | SEDE | CDC   |
|------------------------------------------|-------|-----------------|-------------|------|------|-------|
| CERTIFICATO AD USO ASSICURATIVO          | 1     | 25,00           | 0,00        | 20   | 0506 | 0903  |
| ESENTE ART.10 (DPR 633/72 E SUCC.MOD.)   | 0,00  | Bollo           |             |      |      | 0,00  |
| ESCLUSO ART.15 (DPR 633/72 E SUCC. MOD.) | 0,00  | Iva             |             |      |      | 5,00  |
|                                          |       | Importo fattura |             |      |      | 30,00 |
| FUORI CAMPO IVA                          | 0,00  | ENPAP/ENPAV     |             |      |      | 0,00  |
|                                          |       | Saldo           | (CONTANTE   | )    |      | 30,00 |

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

0903 PRONTO SOCCORSO

L'addetto alla riscossione  
565T

CASSA N. 15

PRODOTTORE

001



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

S.C. DI MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA

Direttore: Dr. A. BRUNO

Tel. 099.4585456/7 - Fax 099.4590440

CERTIFICAZIONE DI PRONTO SOCCORSO

N° REG. 20903

Data 30/5/10  
Orario di Ingresso 9.40  
Orario di Uscita 11.00

Cognome Cotolano Nome Lucia Sesso ☒ M ☐ F

Luogo e data di nascita TA 9/5/48

Residenza TA v. De' Alfieri 76

Documento d'identità

Diagnosi Lesione cutanea alla gamba destra

Prognosi 3 pp. S.C.

Accertamenti e terapia effettuata TA 15/5/80

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 29/5 Luogo dell'incidente TA

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

ASL TA - PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE  
STABILIMENTO "SS. ANNUNZIATA"  
S.C. di Medicina Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza  
(Dr. LEO GIUSEPPE)  
Dirigente Medico Cod. Reg. 929550

01011500 pag. 2

CERTIFICAZIONE PER IL PAZIENTE

**AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TA**  
**Stabilimento Ospedaliero "SS. Annunziata" - TARANTO**  
 Direzione Amministrativa  
 Uff. Azioni di Rivalsa Sanitaria  
 Dott. Domenico Leone 3° piano Padiglione Vinci Ospedale SS. Annunziata  
 Tel. 099.4585932 - 099.4585978

**VERBALE DELLE DICHIARAZIONI RILASCIATE DALL'INFORTUNATO**

Prot. \_\_\_\_\_  
 Ricovero/P.S. del 30/05/10 Nosogr/Reg. n. 20903 Ref. n. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto CATALANO Lucia nato a TA il 9/5/48  
 domiciliato in TA alla via DIZIO ALFIERI n. 26  
 C.F. CTL LCU 48 F 4 P 0 3 P W

**DICHIARA**

1. di aver diritto all'assistenza a carico del S.S.N. e di essere iscritto alla ASL TA  
 2. di essersi ricoverato o aver usufruito di prestazioni di P. Soccorso presso questo Ospedale a seguito di incidente stradale;  
 Responsabile del sinistro. Cognome e Nome del conducente MAST  
 domiciliato in \_\_\_\_\_ alla via LIVENZ n. \_\_\_\_\_ veicolo,  
 targa N 484;  
 cognome e nome del proprietario \_\_\_\_\_ domiciliato in \_\_\_\_\_  
 alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;  
 compagnia di assicurazioni presso cui il veicolo è assicurato \_\_\_\_\_, polizza n. \_\_\_\_\_  
 3. il sinistro si è verificato in località TARANTO il giorno 20/05/10 alle ore 20,00  
 4.

| Altri mezzi coinvolti | Generalità dei proprietari | Imprese assicurative |
|-----------------------|----------------------------|----------------------|
| /                     | /                          | /                    |
| /                     | /                          | /                    |
| /                     | /                          | /                    |

Descrizione del sinistro \_\_\_\_\_

Organi di Polizia intervenuti \_\_\_\_\_

5. Testimoni eventuali, cognome, nome e domicilio \_\_\_\_\_

Letto confermato e sottoscritto in TARANTO il giorno 11/06/10 alle ore 9,20

IL FUNZIONARIO ADDETTO

L'INFORTUNATO O L'ACCOMPAGNATORE

**ATTESTAZIONE DELL'UFFICIO IN CASO DI RIFIUTO DI SOTTOSCRIZIONE**

Si attesta che l'infortunato si è rifiutato di sottoscrivere il presente verbale e che lo si è avvertito che la AUSL TA potrà richiedere il pagamento diretto delle spese sanitarie, conformemente a quanto disposto dal terzo comma dell'art. 1916 c.c.

IL FUNZIONARIO ADDETTO

Vista la dichiarazione che precede e l'art. 11 bis della L. 24/12/95. 990/69, si dispone l'archiviazione degli atti relativi.

n. \_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO RESPONSABILE

REGIONE PUGLIA  
**AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TA**

**S.C. di MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA**

Stabilimento Ospedaliero "SS. Annunziata"

Direttore F.F.: dr. Mario Crescimbeni

**INFORMATIVA PER IL PAZIENTE**

Qualora la S.V. avesse bisogno di certificazione medico-legale o assicurativa con l'indicazione della prognosi, dovrà compilare la presente richiesta, recarsi a pagare allo sportello ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE del C.U.P. e consegnare la ricevuta di pagamento all'Ufficio Amministrativo del Pronto Soccorso.

Spett.le AUSL Taranto

Stabilimento Ospedaliero "SS. Annunziata"

Taranto

Io sottoscritto Costantino Lucie

nato a Taranto il 9-5-48

Residente a Taranto via D'Alò-Arjau 76

Codice fiscale: ET2LCV68E49L049W

**CHIEDO**

il rilascio di certificazione medica relativa all'accesso in Pronto Soccorso del giorno 29-5-2010

N° Reg. 20903

Per uso privato e pertanto in regime di attività libero-professionale di equipe.

Taranto, il \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente

Costantino Lucie

**ANMAT**

S.p.A.

Trasporto pubblico urbano  
di persone e bagagli al seguito

Partita IVA 0014630733

**BIO** **BI** **BI**  
di **BI** **BI** **BI**  
di **BI** **BI** **BI**

N. 1651325

SERIE 2009

1784

**SEDE**

Il Coordinatore f.f. Area Tecnica  
Sig. Gregorio Paurini

**Oggetto:** SIN. DEL 29/05/2010 A POL. RCV N.5101300100205 AMAT SPA (CA357RJ) /  
CATALANO LUCIA E PROTOPAPA ADELAIDE - NS. RIF. 143/A/10

**Mittente:** Sinistri <sinistriamat@amat.ta.it>

**Data:** Tue, 22 Jun 2010 13:08:48 +0200

**A:** ASSIMOCO <apertura.sinistri@assimoco.it>, VITTORIO D'ERRICO <vittorio.derrico@gbsspa.it>

Si trasmette la denuncia di sinistro indicato in oggetto.  
Cordiali saluti.

UFFICIO SINISTRI AMAT SPA

|                   |                                                                         |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>143A10.PDF</b> | <b>Content-Type:</b> application/pdf<br><b>Content-Encoding:</b> base64 |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------|