

Timbro del medico

Al Sig.
Procuratore della Repubblica
Tribunale di

.....

REFERITO ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA
(ex Art. 365 c.p.)

Il sottoscritto dott. _____ avendo sottoposto a visita medica in data ____/____/____
Il/la Sig./ra _____ nato/a il ____/____/____
residente a _____ in via _____
identificato a mezzo _____ di professione _____
segnala che il/la medesima, sulla base di quanto riferito, è incorso in data ____/____/____ in un sinistro
stradale con riferita responsabilità di terzi.

ELEMENTI ESSENZIALI DEL FATTO

.....

Forze dell'ordine intervenute

Precedente documentazione sanitaria

.....

DA CUI E' DERIVATA

- malattia o incapacità ad attendere alle ordinarie occupazioni di durata superiore ai 40 giorni;
- malattia che ha messo in pericolo la vita della persona offesa;
- indebolimento permanente di un senso o di un organo;
- perdita di un senso;
- perdita dell'uso di un organo;
- perdita di un arto o una mutilazione che rende l'arto inservibile;
- perdita della capacità di procreare;
- permanente e grave difficoltà della favella;
- deformazione o sfregio permanente del viso

____/____/____

Il Medico _____

(firma e timbro)

Consegnato a: _____

- Oppure:
- inviato via Fax al _____
 - inviato via e-mail a _____