

## APPENDICE 9BIS AL CAPITOLATO TECNICO

### MODELLO DEL RAPPORTO DI EVENTO ANOMALO SU STRADA



### RAPPORTO DI EVENTO ANOMALO SU STRADA

Tipo di incidente	
<input type="checkbox"/> Attacco al conducente	<input type="checkbox"/> Furto di carburante
<input type="checkbox"/> Rapimento	<input type="checkbox"/> Furto del veicolo
<input type="checkbox"/> Altro (specificare):	

Modus operandi		
<input type="checkbox"/> Sottrazione	<input type="checkbox"/> Intrusione	<input type="checkbox"/> Sconosciuto
<input type="checkbox"/> Violenza o minaccia	<input type="checkbox"/> Connivenza interna	<input type="checkbox"/> Inganno
<input type="checkbox"/> Altro (specificare):		

Ubicazione	
<input type="checkbox"/> Ubicazione	<input type="checkbox"/> Lungo il percorso
<input type="checkbox"/> n° strada o km	<input type="checkbox"/> Parcheggio sicuro
<input type="checkbox"/> Coordinate GPS	<input type="checkbox"/> Parcheggio non sicuro
	<input type="checkbox"/> Magazzino
	<input type="checkbox"/> Terminale

Data ed ora dell'incidente	
Data:	Ora:

Conseguenze		
<input type="checkbox"/> Morti	<input type="checkbox"/> Perdita del veicolo	<input type="checkbox"/> Effetti personali
<input type="checkbox"/> Feriti	<input type="checkbox"/> Perdita di attrezzature	<input type="checkbox"/> Perdita di documenti di trasporto
<input type="checkbox"/> Perdita del carico		
<input type="checkbox"/> Altro (specificare):		

Tipo di veicolo		
<input type="checkbox"/> Motrice	<input type="checkbox"/> Autocarro	<input type="checkbox"/> Chiatta
<input type="checkbox"/> Motrice + rimorchio	<input type="checkbox"/> Automezzo	<input type="checkbox"/> Imbarcazione
<input type="checkbox"/> Altro (specificare):		

Numero di targa
-----------------

Dettagli del carico		
<input type="checkbox"/> Vario/computer	<input type="checkbox"/> Articoli di valore	<input type="checkbox"/> Sport
<input type="checkbox"/> Elettronica consumer	<input type="checkbox"/> Metalli	<input type="checkbox"/> Bevande e cibi
<input type="checkbox"/> Non elettronica	<input type="checkbox"/> Plastica/ sost. chimiche	<input type="checkbox"/> Tabacco
<input type="checkbox"/> Macchinari	<input type="checkbox"/> Farmaci	<input type="checkbox"/> Merci pericolose
<input type="checkbox"/> Autoricambi	<input type="checkbox"/> Moda	<input type="checkbox"/> Contanti
<input type="checkbox"/> Altro		

**Danneggiato**

Nome azienda:

Contatto:

Indirizzo:

Cellulare:

Email:

☐ sconosciuto**Proprietario del carico**

Nome azienda:

Contatto:

Indirizzo:

Cellulare:

Email:

☐ sconosciuto**Spedizioniere**

Nome azienda:

Contatto:

Indirizzo:

Cellulare:

Email:

☐ sconosciuto**Testimoni**

Contatto:

Indirizzo:

Cellulare:

Email:

☐ sconosciuto**Descrizione dell'incidente****Identificazione del compilatore**

Nome e Cognome:

Indirizzo:

Cellulare:

Data:

Firma:

**Firma del ricevente**

Dichiaro di ricevere copia del rapporto

Nome e cognome:

Ente di appartenenza:

Data:

Firma: