












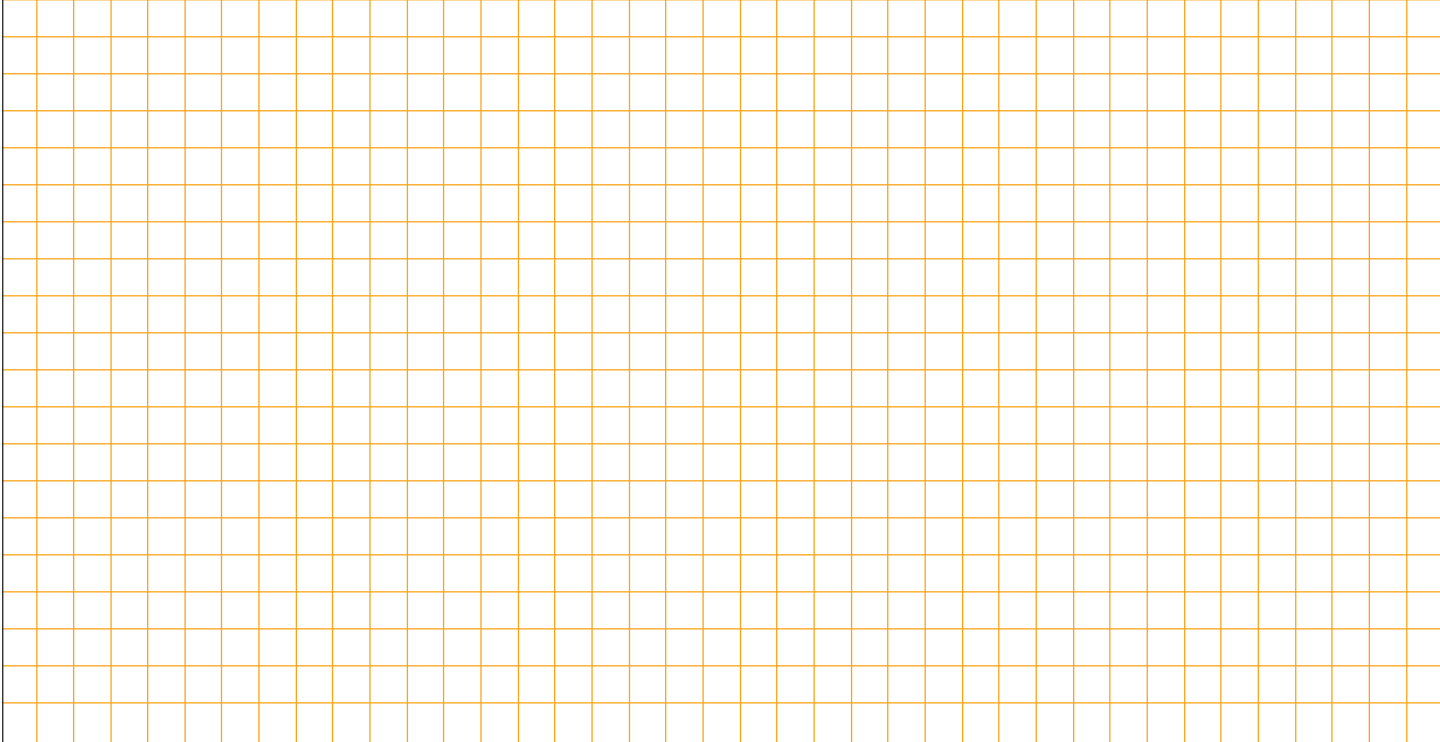


### Dinamica dell'incidente (rapporto)

### Schizzo dell'incidente

Larghezza della corsia di provenienza del veicolo, segnaletica, demarcazioni (freccie di direzione ecc.), nomi delle strade.  
Oggetti 1, 2, 3 ecc. in base alla dinamica dell'incidente e i fogli dell'oggetto:

|                         |                             |   |                              |   |                     |   |
|-------------------------|-----------------------------|---|------------------------------|---|---------------------|---|
| <b>Legenda schizzo:</b> | Direzione in avanti         |  | In fase di sdruciolamento    |  | Pedone              |  |
|                         | Direzione indietro          |  | In fase di sbandamento       |  | Punto di collisione |  |
|                         | Manovra di partenza incauta |  | Elemento indirett. coinvolto |  | Direzione nord      |  |
|                         | All'arresto                 |  | Ubicazione (testimoni ecc.)  |  |                     |   |
|                         |                             |   |                              |   |                     |   |





## Dati sul conducente o pedone

+

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <b>N. persona</b> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>   | <b>Data di nascita</b><br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>Giorno Mese Anno  | <b>Dispositivo di sicurezza</b><br><input type="checkbox"/> 980 Nessuno<br><input type="checkbox"/> 981 Cintura<br><input type="checkbox"/> 982 Casco<br><input type="checkbox"/> 983 Sconosciuto<br><input type="checkbox"/> 990 Airbag attivato | <b>Dati personali</b><br>Cognome _____<br>Nome _____<br>Professione _____<br>Via _____<br>Numero civico <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>NPA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>Residenza _____<br>Paese <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>Nazionalità <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <b>Sesso</b><br><input type="checkbox"/> 960 Maschile<br><input type="checkbox"/> 961 Femminile<br><input type="checkbox"/> 962 Sconosciuto | <b>Data del decesso</b><br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>Giorno Mese Anno   | <b>Denuncia penale</b><br><input type="checkbox"/> 940 Sì<br><input type="checkbox"/> 941 Rinuncia<br><input type="checkbox"/> 942 Proroga  |   |
|   | <b>Conseguenze dell'incidente</b><br><input type="checkbox"/> 970 Illeso<br><input type="checkbox"/> 971 Leggermente ferito<br><input type="checkbox"/> 976 seriamente ferito<br><input type="checkbox"/> 977 ferito in pericolo di morte<br><input type="checkbox"/> 973 Deceduto sul posto<br><input type="checkbox"/> 974 Deceduto entro 30 giorni<br><input type="checkbox"/> 975 Sconosciuto |   |   |

Ferite: \_\_\_\_\_

## Ulteriori indicazioni cantionali

+

+



Indicazioni generali

Sorgente

N. incidente

Oggetto n.

+

Indicazioni riguardanti il/i passeggero/i

N. persona

Genere di utente

- 951 Passeggero davanti
- 952 Passeggero dietro
- 953 Passeggero sconosciuto
- 955 Proprietario del veicolo

Sesso

- 960 Maschile
- 961 Femminile
- 962 Sconosciuto

Data di nascita

Giorno Mese Anno

Data del decesso

Giorno Mese Anno

Conseguenze dell'incidente

- 970 Illeso
- 971 Leggermente ferito
- 976 seriamente ferito
- 977 ferito in pericolo di morte
- 973 Deceduto sul posto
- 974 Deceduto entro 30 giorni
- 975 Sconosciuto

Dispositivo di sicurezza

- 980 Nessuno
- 981 Cintura
- 982 Casco
- 983 Sconosciuto
- 990 Airbag attivato
- 991 Seggiolino

Denuncia penale

- 940 Sì
- 941 Rinuncia
- 942 Proroga

Dati personali

Cognome

Nome

Professione

Via

Numero civico

NPA

Residenza

Paese

Nazionalità

Ferite:

N. persona

Genere di utente

- 951 Passeggero davanti
- 952 Passeggero dietro
- 953 Passeggero sconosciuto
- 955 Proprietario del veicolo

Sesso

- 960 Maschile
- 961 Femminile
- 962 Sconosciuto

Data di nascita

Giorno Mese Anno

Data del decesso

Giorno Mese Anno

Conseguenze dell'incidente

- 970 Illeso
- 971 Leggermente ferito
- 976 seriamente ferito
- 977 ferito in pericolo di morte
- 973 Deceduto sul posto
- 974 Deceduto entro 30 giorni
- 975 Sconosciuto

Dispositivo di sicurezza

- 980 Nessuno
- 981 Cintura
- 982 Casco
- 983 Sconosciuto
- 990 Airbag attivato
- 991 Seggiolino

Denuncia penale

- 940 Sì
- 941 Rinuncia
- 942 Proroga

Dati personali

Cognome

Nome

Professione

Via

Numero civico

NPA

Residenza

Paese

Nazionalità

Ferite:

N. persona

Genere di utente

- 951 Passeggero davanti
- 952 Passeggero dietro
- 953 Passeggero sconosciuto
- 955 Proprietario del veicolo

Sesso

- 960 Maschile
- 961 Femminile
- 962 Sconosciuto

Data di nascita

Giorno Mese Anno

Data del decesso

Giorno Mese Anno

Conseguenze dell'incidente

- 970 Illeso
- 971 Leggermente ferito
- 976 seriamente ferito
- 977 ferito in pericolo di morte
- 973 Deceduto sul posto
- 974 Deceduto entro 30 giorni
- 975 Sconosciuto

Dispositivo di sicurezza

- 980 Nessuno
- 981 Cintura
- 982 Casco
- 983 Sconosciuto
- 990 Airbag attivato
- 991 Seggiolino

Denuncia penale

- 940 Sì
- 941 Rinuncia
- 942 Proroga

Dati personali

Cognome

Nome

Professione

Via

Numero civico

NPA

Residenza

Paese

Nazionalità

Ferite:

## Indicazioni riguardanti il/i passeggero/i

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <b>N. persona</b> <input type="text"/> <input type="text"/>  | <b>Data di nascita</b><br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><small>Giorno Mese Anno</small>  | <b>Dispositivo di sicurezza</b><br><input type="checkbox"/> 980 Nessuno<br><input type="checkbox"/> 981 Cintura<br><input type="checkbox"/> 982 Casco<br><input type="checkbox"/> 983 Sconosciuto<br><input type="checkbox"/> 990 Airbag attivato<br><input type="checkbox"/> 991 Seggiolino | <b>Dati personali</b><br>Cognome _____<br>Nome _____<br>Professione _____<br>Via _____<br>Numero civico <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>NPA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>Residenza _____<br>Paese <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>Nazionalità <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <b>Genere di utente</b><br><input type="checkbox"/> 951 Passeggero davanti<br><input type="checkbox"/> 952 Passeggero dietro<br><input type="checkbox"/> 953 Passeggero sconosciuto<br><input type="checkbox"/> 955 Proprietario del veicolo | <b>Data del decesso</b><br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><small>Giorno Mese Anno</small>   | <b>Denuncia penale</b><br><input type="checkbox"/> 940 Sì<br><input type="checkbox"/> 941 Rinuncia<br><input type="checkbox"/> 942 Proroga   |  |
| <b>Sesso</b><br><input type="checkbox"/> 960 Maschile<br><input type="checkbox"/> 961 Femminile<br><input type="checkbox"/> 962 Sconosciuto  | <b>Conseguenze dell'incidente</b><br><input type="checkbox"/> 970 Illeso<br><input type="checkbox"/> 971 Leggermente ferito<br><input type="checkbox"/> 976 seriamente ferito<br><input type="checkbox"/> 977 ferito in pericolo di morte<br><input type="checkbox"/> 973 Deceduto sul posto<br><input type="checkbox"/> 974 Deceduto entro 30 giorni<br><input type="checkbox"/> 975 Sconosciuto |  |  |

Ferite: \_\_\_\_\_

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <b>N. persona</b> <input type="text"/> <input type="text"/>  | <b>Data di nascita</b><br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><small>Giorno Mese Anno</small>  | <b>Dispositivo di sicurezza</b><br><input type="checkbox"/> 980 Nessuno<br><input type="checkbox"/> 981 Cintura<br><input type="checkbox"/> 982 Casco<br><input type="checkbox"/> 983 Sconosciuto<br><input type="checkbox"/> 990 Airbag attivato<br><input type="checkbox"/> 991 Seggiolino | <b>Dati personali</b><br>Cognome _____<br>Nome _____<br>Professione _____<br>Via _____<br>Numero civico <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>NPA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>Residenza _____<br>Paese <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>Nazionalità <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <b>Genere di utente</b><br><input type="checkbox"/> 951 Passeggero davanti<br><input type="checkbox"/> 952 Passeggero dietro<br><input type="checkbox"/> 953 Passeggero sconosciuto<br><input type="checkbox"/> 955 Proprietario del veicolo | <b>Data del decesso</b><br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><small>Giorno Mese Anno</small>   | <b>Denuncia penale</b><br><input type="checkbox"/> 940 Sì<br><input type="checkbox"/> 941 Rinuncia<br><input type="checkbox"/> 942 Proroga   |  |
| <b>Sesso</b><br><input type="checkbox"/> 960 Maschile<br><input type="checkbox"/> 961 Femminile<br><input type="checkbox"/> 962 Sconosciuto  | <b>Conseguenze dell'incidente</b><br><input type="checkbox"/> 970 Illeso<br><input type="checkbox"/> 971 Leggermente ferito<br><input type="checkbox"/> 976 seriamente ferito<br><input type="checkbox"/> 977 ferito in pericolo di morte<br><input type="checkbox"/> 973 Deceduto sul posto<br><input type="checkbox"/> 974 Deceduto entro 30 giorni<br><input type="checkbox"/> 975 Sconosciuto |  |  |

Ferite: \_\_\_\_\_

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <b>N. persona</b> <input type="text"/> <input type="text"/>  | <b>Data di nascita</b><br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><small>Giorno Mese Anno</small>  | <b>Dispositivo di sicurezza</b><br><input type="checkbox"/> 980 Nessuno<br><input type="checkbox"/> 981 Cintura<br><input type="checkbox"/> 982 Casco<br><input type="checkbox"/> 983 Sconosciuto<br><input type="checkbox"/> 990 Airbag attivato<br><input type="checkbox"/> 991 Seggiolino | <b>Dati personali</b><br>Cognome _____<br>Nome _____<br>Professione _____<br>Via _____<br>Numero civico <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>NPA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>Residenza _____<br>Paese <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>Nazionalità <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <b>Genere di utente</b><br><input type="checkbox"/> 951 Passeggero davanti<br><input type="checkbox"/> 952 Passeggero dietro<br><input type="checkbox"/> 953 Passeggero sconosciuto<br><input type="checkbox"/> 955 Proprietario del veicolo | <b>Data del decesso</b><br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><small>Giorno Mese Anno</small>   | <b>Denuncia penale</b><br><input type="checkbox"/> 940 Sì<br><input type="checkbox"/> 941 Rinuncia<br><input type="checkbox"/> 942 Proroga   |  |
| <b>Sesso</b><br><input type="checkbox"/> 960 Maschile<br><input type="checkbox"/> 961 Femminile<br><input type="checkbox"/> 962 Sconosciuto  | <b>Conseguenze dell'incidente</b><br><input type="checkbox"/> 970 Illeso<br><input type="checkbox"/> 971 Leggermente ferito<br><input type="checkbox"/> 976 seriamente ferito<br><input type="checkbox"/> 977 ferito in pericolo di morte<br><input type="checkbox"/> 973 Deceduto sul posto<br><input type="checkbox"/> 974 Deceduto entro 30 giorni<br><input type="checkbox"/> 975 Sconosciuto |  |  |

Ferite: \_\_\_\_\_