

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;
- malattia certamente o probabilmente insanabile;
- 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 \_\_\_\_\_