

N° Sinistro	Data Sinistro	Assicurato	Danneggiato
2016/LE/XXXX	XX/XX/2016	ASL LECCE	XXXXXXXX XXXXXXXX (HEIRS)

ATTO DI TRANSAZIONE E QUIETANZA

Il sottoscritto **XXXXXX XXXXXX** nato a **XXXXXX** il **XX/XX/XX** (C.F. XXXXXXXXXXXXXXXX) Rappresentato e difeso dall'**Avv. Gabriele Chiarini** (C.F. CHRGR77R10L500A) con studio legale in Urbino, Via Della Rocchetta n. 2 dichiara di accettare la somma di euro **XXXXX** (euro **XXXXX/00**) per sorte, a tacitazione definitiva, anche a stralcio e transazione, di tutti i danni materiali, immateriali patrimoniali e non patrimoniali, presenti e futuri, a persone e cose, e delle spese sostenute o da sostenere, in conseguenza del sinistro sopra rubricato, oltre ad euro **XXXXX** (euro **XXXXX/00**) a titolo di onorari relativi all'assistenza legale, per complessivi **€ 100.000,00** (Euro centomila,00)

Con l'accettazione della presente, il sottoscritto dichiara inoltre che, ricevuto il pagamento della suddetta somma concordata, questo atto acquisterà valore anche di quietanza ampiamente liberatoria e il sottoscritto non avrà più nulla a pretendere dalla **A.S.L. di Lecce**, né da alcuno degli amministratori, dei dirigenti, dipendenti, collaboratori, assistenti e consulenti della stessa, né dall' **AmTrust Europe LTD** ed eventuali Coassicuratori interessati e dai loro rispettivi rappresentanti.

Il sottoscritto rinuncia, pertanto, ad ogni azione in sede civile, penale o amministrativa, impegnandosi a svolgere, a proprie spese, quelle attività formali che si rendessero necessarie al riguardo.

Il sottoscritto prende atto e riconosce che l'attività transattiva funzionale ad addivenire alla chiusura bonaria della presente vertenza è stata svolta dalla AmTrust Europe Limited quale Compagnia Assicuratrice dell'Ente sanitario ASL LECCE sicché, in applicazione dell'art. 1388 c.c., non resta vincolata per gli obblighi assunti in capo alla mandante Ente sanitario che, in ragione della franchigia prevista dalle condizioni di polizza, provvederà, in proprio, ad eseguire il relativo pagamento.

Il sottoscritto **XXXXXX XXXXXX** dichiara di accettare il pagamento di cui sopra tramite bonifico bancario, con accreditamento a:

ISTITUTO DI CREDITO (BANCA + AGENZIA): XXXXXXXXXXXXXXXX
Indirizzo Completo (con CAP) : XXXXXXXXXXX XXXXXXX XXXXXX XXX

Codice **IBAN** leggibile:

Int. Code	Check	Cin	ABI	CAB	Nr. Conto Corrente
XXXX	X	X	XXXXX	XXXXX	XXXXXXXXXXXX

Intestato a : XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXX

Codice Fiscale dell'Intestatario: XXXXXXXXXXXXXXXX

Adempimenti necessari per la liquidazione:

- 1 Compilare le tre copie del modulo di quietanza e inviarle, in originale, con tutte le informazioni richieste.
- 2 Allegare sempre documento d'identità e codice fiscale del danneggiato.
- 3 Allegare sempre il codice fiscale del patrocinatore.