



Servizio Ufoline - Coordinamento Documentario Nazionale
cunufoline@gmail.com

**QUESTIONARIO UNIFICATO PER LA RACCOLTA DEI DATI
SULL'OSSERVAZIONE DI UN PRESUNTO FENOMENO UFO**

• **DATI PERSONALI** del testimone (se più testimoni compilare questionari separati. (Questi dati rimarranno riservati all'interno del Centro)

| | | | |
|-----------------------------|--|------------------|-----------|
| Cognome | | | |
| Nome | | | |
| Data di nascita (gg.mm.aa.) | | | |
| Stato civile | | e-mail | |
| Indirizzo completo | | Città | Prov. |
| Tel. Fisso | | Fax | Cellulare |
| Professione | | Titolo di studio | |

• **COORDINATE DELL'OSSERVAZIONE**

| | | | |
|---|--|---------------------------------|--|
| Data (giorno, mese, anno) | | | |
| L'osservazione ha avuto inizio alle ore | | esatte (ho guardato l'orologio) | |
| | | all'incirca | |
| Se non ricordate questi dati con precisione, cercate di situare al meglio l'avvistamento nel tempo (es. inizio/fine di una stagione, giorno festivo o feriale, mattino o sera, ecc.): | | | |
| | | | |
| Comune | | Prov. | |
| Altro | | | |

• **DESCRIZIONE DEL FENOMENO**

Di seguito cercate di descrivere con parole vostre quello che avete osservato, seguendo lo svolgersi dei fatti dall'inizio alla fine (se lo spazio sottostante non è sufficiente, integrare con altri fogli il racconto, aggiungendo tutti i particolari ritenuti importanti e i dati utili ad una migliore ricostruzione dei fatti).(compilare nel riquadro)

Multiple horizontal lines for writing.

• DETTAGLI

Compilare questa sezione in ogni sua parte, anche se i particolari richiesti sono già stati evidenziati nel racconto.

| | | | |
|--|------|---------------|----------|
| Quanto tempo è durato l'avvistamento? | ore: | minuti primi: | secondi: |
|--|------|---------------|----------|

| | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|----------------------|
| Si distingueva una forma precisa? | No | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | Se sì, quale? | <input type="text"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|----------------------|
| Vi erano strutture particolari? | No | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | Se sì, quali? | <input type="text"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|----------------------|
| Sono state riscontrate variazioni di forma ? | No | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | Se sì, quali? | <input type="text"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| | |
|-------------------------|----------------------|
| Colori osservati | <input type="text"/> |
|-------------------------|----------------------|

| | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|----------------------|
| Sono state riscontrate variazioni del colore | No | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | se sì, quali? | <input type="text"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------|--------------------------|----------------|--------------------------|---------------|
| Il fenomeno era | No | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | se sì, | <input type="checkbox"/> | Luce propria o | <input type="checkbox"/> | Luce riflessa |
|-----------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------|--------------------------|----------------|--------------------------|---------------|

| | | | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|
| luminoso? | | | | | presentava | | | | |
|-----------|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|

Dimensioni apparenti (es. più grande, più piccolo di una stella, della luna piena, ecc., oppure indicate la distanza in millimetri tra il pollice e l'indice della vostra mano, a braccio disteso, come nell'atto di afferrare il fenomeno osservato)

| |
|--|
| |
|--|

Dimensioni reali (nel caso ne abbiate stimato la sua reale grandezza in metri)

| |
|--|
| |
|--|

Movimenti osservati: Nessuno Si Se sì, quali?

| |
|--|
| |
|--|

e con quale **velocità**?

| |
|--|
| |
|--|

e quale assetto di volo rispetto al terreno (parallelo al terreno o in discesa o in salita o vario indicando come:

| |
|--|
| |
|--|

Quota apparente (espressa in metri):

| |
|--|
| |
|--|

Presenza di scia:

No

Si

Direzione geografica in cui è comparso (se è possibile precisare i punti cardinali, altrimenti indicare una località, un monte, ecc.) **Vedi figura 1:**

| |
|--|
| |
|--|

Direzione geografica in cui è scomparso (vedi sopra) **Vedi figura 1:**

| |
|--|
| |
|--|

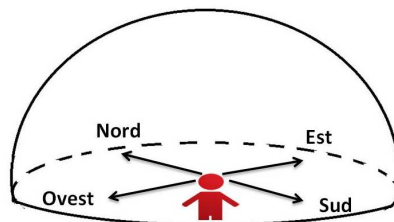


FIGURA 1

Altezza apparente, se è possibile stimarla indicando l'elevazione in gradi dall'orizzonte, (un oggetto sull'orizzonte è a 0 gradi, mentre se posto in verticale sulla vostra testa è a 90°, valutate le misure nell'intervallo fra 0° e 90° indicando sia la posizione iniziale sia quella finale) **Vedi figura 2:**

Posizione iniziale:

| |
|--|
| |
|--|

Posizione finale:

| |
|--|
| |
|--|

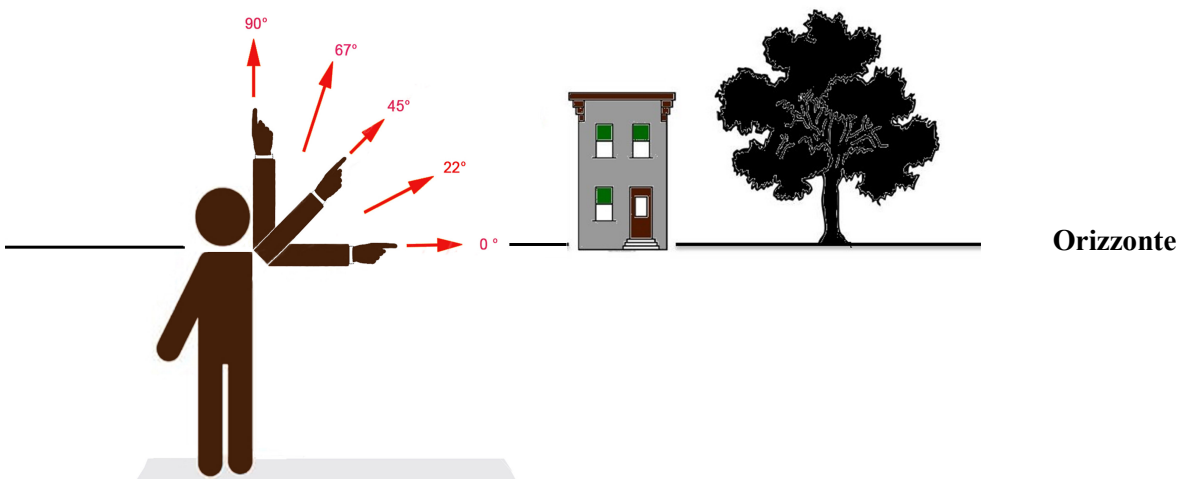


FIGURA 2

| | |
|--|--|
| Distanza (stimata) tra voi e il fenomeno osservato: | |
|--|--|

| | | | | | | |
|--------------------------------------|-----|--|-----|--|--------------------------------|--|
| Numero dei fenomeni osservati | Uno | | Due | | o più (indicarne il n° totale) | |
|--------------------------------------|-----|--|-----|--|--------------------------------|--|

| | | | | | | |
|---|----|--|----|--|---------------|--|
| Si sono uditi rumori apparentemente connessi con l'evento? | No | | Si | | Se sì, quali? | |
|---|----|--|----|--|---------------|--|

| | | | | | | |
|--|----|--|----|--|---------------|--|
| Vi sono stati effetti su cose ? | No | | Si | | Se sì, quali? | |
|--|----|--|----|--|---------------|--|

| | | | | | | |
|--|----|--|----|--|---------------|--|
| Vi sono stati effetti su piante ? | No | | Si | | Se sì, quali? | |
|--|----|--|----|--|---------------|--|

| | | | | | | |
|---|----|--|----|--|---------------|--|
| Vi sono stati effetti su animali ? | No | | Si | | Se sì, quali? | |
|---|----|--|----|--|---------------|--|

| | | | | | | |
|--------------------------------------|----|--|----|--|---------------|--|
| Vi sono stati altri effetti ? | No | | Si | | Se sì, quali? | |
|--------------------------------------|----|--|----|--|---------------|--|

• CONDIZIONI METEOROLOGICHE

| | |
|---|--|
| Descrizione del tempo (buono, piovoso, nebbioso, nuvoloso, ecc.) | |
|---|--|

| | | | | | | |
|-------|----|--|----|--|----------------------|--|
| Vento | No | | Si | | Se sì di che entità? | |
|-------|----|--|----|--|----------------------|--|

| | | | | |
|--|--|----------------|--|--------------------|
| In presenza di nuvolosità , il cielo era: | | parzialmente o | | totalmente coperto |
|--|--|----------------|--|--------------------|

| | | | | | | | |
|---------------------|----|--|----|---------------------------|---------|--|----------|
| Presenza di fulmini | No | | Si | Se di notte, la Luna era: | assente | | presente |
|---------------------|----|--|----|---------------------------|---------|--|----------|

• VISIBILITA'

| | |
|---|--|
| Attraverso quale mezzo è stata effettuata l'osservazione? (es. occhio nudo, lenti da vista o da sole, strumenti ottici - binocoli -, finestre, vetri d'auto, ecc.) | |
|---|--|

• SITUAZIONE AMBIENTALE

| | |
|--|--|
| Dove eravate e cosa stavate facendo subito prima dell'avvistamento? | |
|--|--|

| | |
|--|--|
| Come vi siete accorti del fenomeno? | |
|--|--|

| | |
|--|--|
| Che cosa avete pensato che fosse? | |
|--|--|

| | |
|---|--|
| Cosa avete fatto durante l'osservazione? | |
|---|--|

| | | | | | | |
|---|----|--|----|--|---------------------|--|
| Avete effettuato foto o riprese video ? | No | | Si | | se sì indicare cosa | |
|---|----|--|----|--|---------------------|--|

| | |
|--|--|
| Tipo e modello dell'apparecchio di ripresa | |
|--|--|

| | |
|---|--|
| Come è terminata l'osservazione? | |
|---|--|

| | | | |
|--|----|----|--|
| Cosa avete fatto subito dopo ? | | | |
| Vi sono stati altri testimoni ? | No | Si | Se sì, indicare nome e cognome, indirizzo, tel.: |

• DATI AGGIUNTIVI

| |
|---|
| A chi avete raccontato dell'avvistamento? |
|---|

| | | | |
|--|----|----|---|
| Avete avuto altri avvistamenti dello stesso tipo? | No | Si | Se sì, utilizzate altri questionari per descrivere i particolari. |
|--|----|----|---|

• DISEGNO DEL FENOMENO

Si invita il testimone ad allegare, su un foglio separato, un **disegno** descrittivo (schizzo) del fenomeno con gli eventuali movimenti osservati, apponendo la firma e la data di esecuzione.

INFORMATIVA (artt.12 e seguenti Regolamento UE n.679/2016 e normativa italiana di attuazione)
 Il CUN garantisce che i dati personali forniti saranno trattati in base al Regolamento Comunitario n.670/2016 ed alla normativa italiana di attuazione, salvaguardando tutti i diritti del testimone (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione al trattamento, portabilità, opposizione, revoca e reclamo). Per ulteriori informazioni sulla Policy Privacy del CUN cliccare sul seguente link:
<https://www.centroufologico nazionale.net/privacy-policy.htm>

Consentite che vostri eventuali allegati (foto, riprese video o disegni) vengano utilizzati a scopo di ricerca e divulgazione (in maniera del tutto anonima) a nostri convegni e pubblicazioni nel settore ufologico? Si No

| | | | |
|---------------|--|-------------|--|
| Luogo: | | Data | |
|---------------|--|-------------|--|

| | |
|---|--|
| Nome e Cognome del testimone (firma leggibile) Nome e cognome del soggetto esercente la responsabilità genitoriale (firma leggibile) (se il testimone ha un'età inferiore ai quattordici anni) | |
| Firma | |