

C.U.N.
CENTRO UFOLOGICO NAZIONALE

S.U.F.
SEZIONE UFOLOGICA FIORENTINA

Servizio Ufoline - Coordinamento Documentario Nazionale
ufoline@hotmail.it

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)

Nome		Cognome	
------	--	---------	--

Stato civile		e-mail	
--------------	--	--------	--

Indirizzo completo		Città		Prov.	
--------------------	--	-------	--	-------	--

Tel. Fisso		Fax		Cellulare	
------------	--	-----	--	-----------	--

Data di nascita (gg.mm.aaaa)		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.):

Località		Comune		Prov.	
----------	--	--------	--	-------	--

	Centro abitato		Campagna		Altro
--	----------------	--	----------	--	-------

• DETTAGLI

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

Durata dell'avvistamento:	ore:	minuti:	secondi:
----------------------------------	------	---------	----------

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

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

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

Colori osservati	
-------------------------	--

Sono state riscontrate variazioni del colore	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Sì	se sì, presentava	<input type="checkbox"/>	luce propria o	<input type="checkbox"/>	luce riflessa
--	--------------------------	----	--------------------------	----	-------------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------------

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:	<input type="checkbox"/>	Nessuno	<input type="checkbox"/>	Sì	Se sì, quali?	
-----------------------------	--------------------------	---------	--------------------------	----	---------------	--

e con quale velocità ?	
-------------------------------	--

e quale assetto di volo rispetto al terreno?	
--	--

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

Direzione geografica in cui è scomparso (vedi sopra):	
--	--

Quota apparente (espressa in metri):		Presenza di scia:	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No
---	--	--------------------------	--------------------------	----	--------------------------	----

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):

Posizione iniziale:		Posizione finale:	
----------------------------	--	--------------------------	--

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

Numero dei fenomeni osservati	<input type="checkbox"/>	Uno	<input type="checkbox"/>	Due	o più (indicarne il n° totale)	
--------------------------------------	--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------------	--

Si sono uditi rumori apparentemente connessi con l'evento?	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si	Se sì, quali?	<input type="text"/>
---	--------------------------	----	--------------------------	----	---------------	----------------------

Vi sono stati effetti su cose ?	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si	Se sì, quali?	<input type="text"/>
--	--------------------------	----	--------------------------	----	---------------	----------------------

Vi sono stati effetti su piante ?	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si	Se sì, quali?	<input type="text"/>
--	--------------------------	----	--------------------------	----	---------------	----------------------

Vi sono stati effetti su animali ?	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si	Se sì, quali?	<input type="text"/>
---	--------------------------	----	--------------------------	----	---------------	----------------------

Vi sono stati altri effetti ?	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si	Se sì, quali?	<input type="text"/>
--------------------------------------	--------------------------	----	--------------------------	----	---------------	----------------------

• CONDIZIONI METEOROLOGICHE

Descrizione del tempo (buono, piovoso, nebbioso, nuvoloso, ecc.)	<input type="text"/>
---	----------------------

Vento	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si	Se sì di che entità?	<input type="text"/>
-------	--------------------------	----	--------------------------	----	----------------------	----------------------

In presenza di nuvolosità , il cielo era:	<input type="checkbox"/>	parzialmente o	<input type="checkbox"/>	totalmente coperto
--	--------------------------	----------------	--------------------------	--------------------

Presenza di fulmini	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No	Se di notte, la Luna era:	<input type="checkbox"/>	assente	<input type="checkbox"/>	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.)	<input type="text"/>
---	----------------------

• SITUAZIONE AMBIENTALE

Dove eravate e cosa stavate facendo subito prima dell'avvistamento?	<input type="text"/>
--	----------------------

Come vi siete accorti del fenomeno?	<input type="text"/>
--	----------------------

Che cosa avete pensato che fosse?	<input type="text"/>
--	----------------------

Cosa avete fatto durante l'osservazione?	<input type="text"/>
---	----------------------

Avete effettuato foto o riprese video ?	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si	se sì indicare cosa	<input type="text"/>
---	--------------------------	----	--------------------------	----	---------------------	----------------------

Tipo e modello dell'apparecchio di ripresa	<input type="text"/>
--	----------------------

Come è terminata l'osservazione?	<input type="text"/>
---	----------------------

Cosa avete fatto subito dopo ?	<input type="text"/>					
Vi sono stati altri testimoni ?	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si	Se sì, indicare nome e cognome, indirizzo, tel.:	<input type="text"/>

• DATI AGGIUNTIVI

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

Avete avuto altri avvistamenti dello stesso tipo?	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Sì	Se sì, utilizzate altri questionari per descrivere i particolari.
--	--------------------------	----	--------------------------	----	---

• DISEGNO DEL FENOMENO

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

INFORMATIVA (art.13 D.Lgs. 30-06-2003 n.196)

Il CUN garantisce che i dati personali forniti saranno trattati in base al Decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 Codice in materia di protezione dei dati personali

Nome e Cognome	
-----------------------	--

CONSENSO (art.23 D.Lgs. 30-06-2003 n.196)

Fornisco anche il consenso per la circolazione dei dati della presente segnalazione all'esterno del CUN

Specificare "sì" o "no" :	<input type="checkbox"/>	Data:	<input type="text"/>
---------------------------	--------------------------	-------	----------------------

Nome e Cognome	
-----------------------	--