

ANNESNO 1

Marca
da
bollo

CERTIFICATO MEDICO

PER $\frac{\text{RILASCIO}}{\text{CONVALIDA}}$ DELLA PATENTE NAUTICA

FOTO

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> limitata alle sole unità a motore
Navigazione entro 12 miglia di distanza dalla costa			
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> per qualsiasi tipo di unità
Navigazione senza alcun limite di distanza dalla costa			

B
Nave da
diporto

D1

SI CERTIFICA CHE

__ Sig./Sig.ra _____,
 nat__ a _____, il __/__/____,
 provincia/Stato _____, cittadinanza _____,
 codice fiscale _____, residente a _____,
 provincia/Stato _____, documento di identità/riconoscimento
 _____ numero _____ rilasciato da _____

In conseguenza dell'accertamento medico-legale, è giudicato
 IDONEO **NON IDONEO**
 per il conseguimento / la convalida della patente nautica indicata in prospetto.

VALIDITÀ DELLA PATENTE NAUTICA: **anni** _____

- NESSUNA PRESCRIZIONE
- OBBLIGO DI LENTI (occhiali con sistema di sicurezza o lenti a contatto con occhiali di protezione)
- OBBLIGO DI PROTESI ACUSTICA

ALTRE PRESCRIZIONI _____

LIMITAZIONI _____

ADATTAMENTI _____



ANNOTAZIONI _____

_____, li ___/___/_____

Timbro e firma e del medico certificatore

Ritirato il ___/___/_____

(firma dell'interessato)

OPPURE LA COMMISSIONE MEDICA LOCALE

Presidente _____

Membro _____

Membro _____

Avverso il presente giudizio è ammesso il ricorso al Ministero delle infrastrutture e dei trasporti entro trenta giorni dalla data del ritiro del certificato.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA PROTEZIONE DELLE PERSONE FISICHE CON RIGUARDO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, NONCHÉ ALLA LIBERA CIRCOLAZIONE DI TALI DATI

Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, nonché del regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente certificazione, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno trattati dal personale autorizzato, vincolato al segreto d'ufficio, de¹ _____, utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge e conservati secondo il principio della minimizzazione, esclusivamente per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge in relazione ai procedimenti amministrativi di rilascio, di revisione e di convalida della patente nautica.

Data ___/___/_____

Firma del dichiarante _____

(da firmare in presenza del medico o del presidente della Commissione medica locale)

¹ Indicare l'autorità competente che riceve il certificato medico in allegato alla domanda. Compilazione riservata all'autorità competente.

