

ANNESSO 1

Marca da bollo

CERTIFICATO MEDICO

PER RILASCIO / CONVALIDA DELLA PATENTE NAUTICA

FOTO

Navigatione entro 12 miglia di distanza dalla costa

Navigatione senza alcun limite di distanza dalla costa

limitata alle sole unità a motore

per qualsiasi tipo di unità

Nave da diporto

D1

SI CERTIFICA CHE

Signature and personal data fields: Sig./Sig.ra, nat, provincia/Stato, cittadinanza, codice fiscale, residente a, 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.

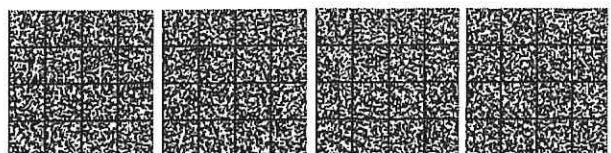
VALIDITÀ DELLA PATENTE NAUTICA: anni

- 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, de' _____, 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.

