SCUOLA NAUTICA STARBOARD

patenti nautiche entro le 12 miglia e senza limiti dalla costa

DOCUMENTI PER L'ISCRIZIONE ALL'ESAME C.P. GENOVA

Aggiornato al 15/01/2024

Per informazioni:

E-mail info@starboard.mi.it

Segreteria cell. 328 6698845

Didattica cell. 320 9118244

IDONEITA' ESAME A GENOVA

La **Scuola Nautica STARBOARD** ha scelto di iscrivere i propri allievi all'esame di patente nautica presso la **CAPITANERIA di PORTO di GENOVA**.

Possono sostenere l'esame presso la Capitaneria di Porto di Genova coloro che **RISIEDONO**, **STUDIANO** o **LAVORANO** nelle province inserite nella sua competenza territoriale:

- **EMILIA ROMAGNA** (tutta): Bologna, Ferrara, Forlì Cesena, Modena, Parma, Piacenza, Ravenna, Reggio Emilia, Rimini.
- **FRIULI**: Pordenone, Udine limitatamente ai comuni sulla destra del Tagliamento: Bordano, Cavazzo Carnico, Forgaria nel Friuli, Preone, Trasaghis, Verzegnis.
- **LIGURIA** (tutta): Genova, Imperia, La Spezia, Savona.
- **LOMBARDIA** (tutta): Bergamo, Brescia, Como, Cremona, Lecco, Lodi, Mantova, Milano, Monza Brianza, Pavia, Sondrio, Varese.
- **PIEMONTE** (tutta): Alessandria, Asti, Biella, Cuneo, Novara, Torino, Verbano Cusio Ossola, Vercelli.
- **SARDEGNA**: Ogliastra limitatamente al comune di Balnei, Olbia-Tempio, Nuoro, Sassari.
- **TOSCANA** (tutta): Arezzo, Firenze, Grosseto, Livorno, Lucca, Massa Carrara, Pisa, Pistoia, Prato, Siena.
- **TRENTINO** (tutta): Bolzano, Trento.

- **VALLE D'AOSTA** (tutta): Aosta.
- **VENETO** (tutta): Belluno, Padova, Rovigo, Treviso, Venezia, Verona, Vicenza.

Possono sostenere l'esame presso la Capitaneria di Porto di Genova anche coloro che **risiedono all'estero** e/o sono **iscritti all'AIRE**.

Prima dell'iscrizione verificare che la propria provincia sia presente nell'elenco.

Se **NON** si risiede, lavora o studia all'interno di una delle suddette province, o all'estero, **NON** si potrà essere presentati all'esame presso la Capitaneria di Porto di Genova e di conseguenza dalla Scuola Nautica STARBOARD.

DOCUMENTI DA CONSEGNARE

È incredibile, nonostante il presente file, **QUANTE DOCUMENTAZIONI INCOMPLETE RICEVIAMO**.

Qui di seguito la lista di cosa portare, i moduli da stampare e gli esempi di come compilarli **per non dover tornare una seconda volta**.

- □ Modulo d'iscrizione in Capitaneria di Porto di Genova compilato e firmato (di seguito il modulo da stampare e l'esempio di compilazione)
- □ 2 fototessere uguali 3x3cm (scrivere nome e cognome sul retro) oltre a quella da apporre sul certificarto medico
- □ Certificato medico ufficiale con foto e marca da bollo da 16,00 euro (informazioni su come richiederlo nelle pagine seguenti)
- □ Fotocopia fronte e retro della carta d'identità
- □ Fotocopia del codice fiscale o trascritto a penna sulla carta d'identità
- □ Fotocopia patente nautica già posseduta (solo in caso di estensione a senza limiti o integrazione a vela)
- □ 2 copie del modulo di disponibilità a sostenere l'esame (di seguito il modulo da stampare e l'esempio di compilazione)
- □ Per chi non risiede ma studia o lavora in una delle province idonee occorre aggiungere un giustificativo della territorialità: attestato di iscrizione agli studi oppure una dichiarazione del datore di lavoro (di seguito un fac simile da seguire come traccia)

CERTIFICATO MEDICO UFFICIALE

Solo gli **Ufficiali Medici** possono rilasciare questo certificato, il medico curante o un medico generico **non** sono abilitati.

Una volta al mese **avremo l'Ufficiale Medico in sede** che effettua le visite per il rilascio del certificato medico.

Per chi non si trova a Milano, rivolgersi ad un centro ASL-ATS della zona.
Per chi si trova all'estero, rivolgersi al Consolato o Ambasciata italiana.

QUANDO: verifica nella sezione news dell'area a te riservata del corso di patente nautica quali saranno le prossime date dove avremo il medico in sede.
ATTENZIONE: bbligatorio prenotare.

DOVE: Uffici di Starboard – Via Ambrogio Alciati, 11 – 20146 Milano – citofono n. 8.

COSTO: **50 euro** da pagare direttamente al medico il giorno della visita.

COSA PORTARE PER LA VISITA:

- Una fototessera (scrivere nome e cognome sul retro)
- Una marca da bollo da 16,00 euro
- Un documento di riconoscimento in originale
  (carta d'identità o passaporto)

DOVE CONSEGNARE I DOCUMENTI

Per chi accetterà di fare la visita medica presso il nostro ufficio, ritireremo la documentazione completa direttamente la sera della visita:

Scuola Nautica STARBOARD
Via Ambrogio Alciati, 11 - 20146 Milano

In alternativa, visto che spesso siamo in barca, anche durante la settimana, e l'ufficio rimane chiuso, per darvi la massima flessibilità, vi consigliamo di lasciare la documentazione completa, debitamente compilata e firmata, chiusa in una busta sigillata, presso la portineria dello stabile:

Portineria: Sig.ra Lori
da lunedì a venerdì dalle 07:00 alle 13:00 e dalle 15:00 alle 18:00
il sabato dalle 08:00 alle 11:00

ATTENZIONE!!!

- Sarà possibile sostenere l'esame **dopo un mese** dalla data di protocollo della documentazione completa presso la Capitaneria di Porto di Genova nella prima data disponibile e in ordine di priorità nel quale abbiamo ricevuto la documentazione.
- La documentazione ha una validitià di **6 mesi** dalla data di protocollo.
- Con una documentazione si potrà sostenere l'esame **2 volte**.
- Come data per la lista di priorità per sostenere l'esame farà fede quella di consegna della documentazione **completa** presso il nostro ufficio o presso la portineria.

ALLEGATI

- Modulo iscrizione in Capitaneria di Porto di Genova e relativo esempio di come compilarlo

- Modulo disponibilità a sostenere l'esame (2 copie da stampare) e relativo esempio di come compilarlo

- Modulo certificato medico ufficiale e relativo esempio di come compilarlo

- Fac simile dichiarazione del datore di lavoro per i lavoratori ma non residenti nelle province di competenza della Capitaneria di Porto di Genova

CONTATTI

SCUOLA NAUTICA STARBOARD
Via Ambrogio Alciati, 11
20146 Milano
info@starboard.mi.it
www.starboard.mi.it

SEGRETERIA:

- Rosalinda Balistreri
  +39 328 6698845
  rosalinda@starboard.mi.it

DIDATTICA:

- Ernesto Zucca
  +39 320 9118244
  ernesto@starboard.mi.it

Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti

Alla Capitaneria di porto/Ufficio circondariale di GENOVA - SCUOLA NAUTICA STARBOARD UNASCA AUT54557

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELLE ORDINARIE CERTIFICAZIONI *(N.B.)*

A

_____ _____
Cognome Nome

_____ _____ ____/____/_____
Comune di nascita Nazionalità Data di nascita

_____ _____ _____
Comune di residenza Provincia Codice fiscale

_____ _____ _____
Via/piazza N. Civico Telefono

_____
Indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

B

■ **L'ammissione agli esami** per il conseguimento della Patente Nautica indicata al successivo quadro F. A tale scopo dichiara sotto la propria responsabilità:

a) di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 37 del Decreto n. 146 del 29 luglio 2008;
b) di non aver presentato altrove domanda per conseguire la medesima Patente;
c) di essere in possesso della Patente Nautica n°_____ rilasciata da _____ in data _____ per il Comando e la condotta di unità da diporto a _____ per la navigazione _____ allegata.

C

☐ **Il rilascio** della Patente nautica **senza esame** indicata al successivo quadro F.

D

☐ **La sostituzione / Il duplicato** della Patente Nautica n°_____ rilasciata da _____ in data _____ da codesto Ufficio indicata al successivo quadro F, a seguito del ☐ deterioramento / ☐ smarrimento / ☐ distruzione del documento di cui all'unita denuncia presentata all'Autorità di P.S. *(segnare ciò che interessa)*.

E

☐ **La convalida** ☐ **il cambio di residenza** della Patente Nautica n°_____ rilasciata da _____ in data _____ da codesto Ufficio per la navigazione indicata al successivo quadro F.

F

Navigazione per la quale si richiede la Patente Nautica (barrare le caselle che interessano)

☐ **ENTRO LE 12 MIGLIA**	☐ **LIMITATA A MOTORE**	☐ **PER NAVE**
☐ **SENZA LIMITI DALLA COSTA**	☐ **A MOTORE, A VELA, O MISTA**	☐ **CAT. "C"**

■ DICHIARA sotto la propria responsabilità di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n° 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.
■ DICHIARA di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 37 del Decreto n° 146 del 29 luglio 2008.
■ DICHIARA, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento (UE) 2016/679, di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali riportata nell'ultima pagina del modulo.
■ DICHIARA che la foto riproduce il sottoscritto.

_____ _____
DATA **FIRMA DEL DICHIARANTE**

Parte riservata all'Ufficio

Capitaneria di porto/Ufficio circondariale di_____

Si attesta che il Sig_____,sopra generalizzato,

☐Ha presentato a questo Ufficio la richiesta di ammissione agli esami per il conseguimento della patente nautica per la navigazione di cui al quadro F.
Il presente documento autorizza il candidato a comandare e condurre le unità da diporto per le quali ha presentato domanda, purché a bordo vi sia presente una persona munita di regolare patente nautica, conseguita da almeno tre anni, per un periodo di **mesi sei** a decorrere dal _____/_____/_____.

☐Ha ottenuto la patente nautica n° _____ per la navigazione di cui al quadro F.
Il presente documento sostituisce la patente nautica per un periodo di **giorni trenta** a decorrere dal _____/_____/_____.

TIMBRO E FIRMA _____

Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti

Alla Capitaneria di porto/Ufficio circondariale di_____

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELLE ORDINARIE CERTIFICAZIONI *(N.B.)*

A

ROSSI — Cognome
MARIO — Nome
MILANO — Comune di nascita
ITALIANA — Nazionalità
01 / 12 / 1950 — Data di nascita
MILANO — Comune di residenza
MILANO — Provincia
CODICE FISCALE — Codice fiscale
VIA ROMA — Via/piazza
10/E — N. Civico
lasciare vuoto — Telefono
lasciare vuoto — Indirizzo di posta elettronica

FOTO
(selezionare la dichiarazione di autenticità)

CHIEDE

B

☒ L'ammissione agli esami per il conseguimento della Patente Nautica indicata al successivo quadro F. A tale scopo dichiara sotto la propria responsabilità:

a) di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 37 del Decreto n. 146 del 29 luglio 2008;
b) di non aver presentato altrove domanda per conseguire la medesima Patente;
c) di essere in possesso della Patente Nautica n°_____ rilasciata da _____ in data _____ per il Comando e la condotta di unità da diporto a _____ per la navigazione _____ allegata.

se posseduta

C

☐ Il rilascio della Patente nautica senza esame indicata al successivo quadro F.

D

☐ La sostituzione / Il duplicato della Patente Nautica n°_____ rilasciata da _____ in data _____ da codesto Ufficio indicata al successivo quadro F, a seguito del ☐ deterioramento / ☐ smarrimento / ☐ distruzione del documento di cui all'unita denuncia presentata all'Autorità di P.S. *(segnare ciò che interessa)*.

E

☐ La convalida ☐ il cambio di residenza della Patente Nautica n°_____ rilasciata da _____ in data _____ da codesto Ufficio per la navigazione indicata al successivo quadro F.

F

Navigazione per la quale si richiede la Patente Nautica (barrare le caselle che interessano)

☐ ENTRO LE 12 MIGLIA	☐ LIMITATA A MOTORE	☐ PER NAVE
☐ SENZA LIMITI DALLA COSTA	☐ A MOTORE, A VELA, O MISTA	☐ CAT. "C"

☒ DICHIARA sotto la propria responsabilità di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n° 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.
☒ DICHIARA di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 37 del Decreto n° 146 del 29 luglio 2008.
☒ DICHIARA, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento (UE) 2016/679, di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali riportata nell'ultima pagina del modulo.
☒ DICHIARA che la foto riproduce il sottoscritto.

lasciare vuoto
DATA

Firma per esteso
FIRMA DEL DICHIARANTE

Parte riservata all'Ufficio

Capitaneria di porto/Ufficio circondariale di_____

Si attesta che il Sig_____,sopra generalizzato,

☐ Ha presentato a questo Ufficio la richiesta di ammissione agli esami per il conseguimento della patente nautica per la navigazione di cui al quadro F.
Il presente documento autorizza il candidato a comandare e condurre le unità da diporto per le quali ha presentato domanda, purché a bordo vi sia presente una persona munita di regolare patente nautica, conseguita da almeno tre anni, per un periodo di mesi sei a decorrere dal __/__/__.

☐ Ha ottenuto la patente nautica n° _____ per la navigazione di cui al quadro F.
Il presente documento sostituisce la patente nautica per un periodo di giorni trenta a decorrere dal __/__/__.

TIMBRO E FIRMA _____

ALLA CAPITANERIA DI PORTO/UFFICIO CIRCONDARIALE MARITTIMO

di GENOVA

Ufficio Patenti

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO A _____ IL _____

DICHIARA LA PROPRIA DISPONIBILITÀ A SOSTENERE / RISOSTENERE L'ESAME PER

IL CONSEGUIMENTO DELLA PATENTE NAUTICA TIPO _____

_____ _____ **FIRMA**

luogo data

_____

ALLA CAPITANERIA DI PORTO/UFFICIO CIRCONDARIALE MARITTIMO

di GENOVA

Ufficio Patenti

IL SOTTOSCRITTO **COGNOME NOME**

NATO A **LUOGO DI NASCITA (PROVINCIA)** IL **GIORNO / MESE / ANNO**

DICHIARA LA PROPRIA DISPONIBILITÀ A SOSTENERE / RISOSTENERE L'ESAME PER

IL CONSEGUIMENTO DELLA PATENTE NAUTICA TIPO *** vedi sotto le diciture**

lasciare vuoto	**lasciare vuoto**	**FIRMA**
luogo	data	*Firma per esteso*

*** inserire una delle seguenti diciture:**
. MOTORE ENTRO 12 MIGLIA
. VELA E MOTORE ENTRO 12 MIGLIA
. MOTORE SENZA LIMITI
. VELA E MOTORE SENZA LIMITI

ATTENZIONE:
STAMPARE, COMPILARE E FIRMARE 2 COPIE

Foto

MARCA
DA BOLLO
EURO 16,00

CERTIFICATO MEDICO

PER RILASCIO / CONVALIDA

DELLA PATENTE NAUTICA

☐ A ☐ C Navigazione entro 12 miglia dalla costa	☐ limitata alle unità a motore	☐ B Nave da diporto
☐ A ☐ C Navigazione senza alcun limite dalla costa	☐ per tutti i tipi di unità	

Si certifica che il Sig. _____

nato/a a _____ il _____

documento di riconoscimento _____ n° _____

rilasciato da _____ il _____

ha statura di m. _____ e peso di Kg. _____

Osservazioni.....

Non presenta sintomi che lo rivelino fare abuso di bevande alcoliche od essere in stato di dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope o che comunque alterino lo stato psico-fisico della persona. E' esente da anomalie della conformazione o dello sviluppo somatico, e malattie fisiche o psichiche, deficienze organiche o minorazioni anatomiche e/o funzionali che possono comunque pregiudicare la sicurezza della navigazione in relazione al tipo di patente richiesta e al limite di distanza dalla costa.

Possiede in visione binoculare/monoculare un visus non corretto/corretto di

OS: _____ OD: _____

senso cromatico _____ campo visivo: _____

sensibilità al contrasto _____ visione crepuscolare _____

percepisce la voce di conversazione con / senza protesi acustica monoaurale / binaurale

a destra _____ m a sinistra _____ m

possiede tempi di reazione a stimoli semplici (misura in decili)

stimoli luminosi rapidità _____ regolarità _____

stimoli acustici rapidità _____ regolarità _____

possiede tempi di reazione a stimoli complessi (misura in decili)

stimoli luminosi rapidità _____ regolarità _____

stimoli acustici rapidità _____ regolarità _____

in conseguenza si giudica che **E' IDONEO** / **NON E' IDONEO** per il conseguimento / la convalida

☐ della patente nautica di categoria per la navigazione entro 12 miglia dalla costa / senza alcun limite dalla costa — limitata alle sole unità a motore / per tutti i tipi di unità

☐ della patente nautica di categoria B per per nave da diporto

limitata ad anni _____ di validità ai sensi del _____

☐ obbligo di lenti (occhiali con sistema di sicurezza o lenti a contatto con occhiali di protezione)

☐ obbligo di apparecchio acustico ☐ adattamenti

prescrizioni _____

allegati depositati agli atti: dichiarazione anamnestica dell'interessato _____

_____ li _____

ritirato il _____

_____

ritirato il _____

_____
(firma dell'interessato)

Avverso il giudizio della Commissione Medica Locale è ammesso il ricorso al Ministero delle infrastrutture e dei trasporti entro trenta giorni dalla data del ritiro

generalità, qualifica e firma del medico

OPPURE
LA COMMISSIONE MEDICA LOCALE

Presidente _____

Membro _____

Membro _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO

Il/la sottoscritto /a _____

Nato/a a _____ provincia di _____

Il _____ residente in _____

Prov. _____ Via / Piazza (*) _____ N° _____

Nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica al conseguimento/convalida della patente nautica

DICHIARA

In relazione agli stati patologici (e/o condizioni) di seguito elencati, che:

- sussistono patologie dell'apparato cardio - circolatorio (pressione alta anche se normalizzata dal trattamento, pregresso infarto miocardio, angina pectoris, pregresso intervento cardiochirurgico, aneurisma, aritmie ecc.). Se sì indicare quali:	SI	NO
- sussiste diabete mellito. Se sì specificare di quale tipo: ☐ insulino-dipendente ☐ NON insulino-dipendente (trattato con dieta o i ipoglicemizzanti orali)	SI	NO
- sussistono altre patologie endocrine (ad es. della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi) Se sì specificare quali:	SI	NO
-Soffre (ha mai sofferto) di malattie neurologiche (ad es. Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.) Se sì indicare quali:	SI	NO
-Soffre (ha mai sofferto) di turbe o patologie psichiche (ad es. ansia, depressione, allucinazioni, ecc.) Se sì indicare quali e in quale periodo ne ha sofferto:	SI	NO
-E' attualmente (è stato) in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi od altri farmaci psicotropi. Se sì indicare quali, il periodo di riferimento e i dosaggi:	SI	NO
-Ha avuto problemi relativi ad abuso di alcolici (ad es. guida o comando in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, ecc.) Se sì specificare di quale tipo e quando:	SI	NO
-Ha fatto uso di canapa indiana, ecstasy, cocaina, amfetamine, LSD o altre droghe. Se sì specificare quando:	SI	NO
-Ha subito un trauma cranico. Se sì specificare quando:	SI	NO
-Soffre di epilessia o ha in passato presentato crisi epilettiche (o convulsioni). Se sì specificare la data dell'ultima crisi e indicare la terapia eseguita:	SI	NO
-Sussistono malattie del sangue. Se sì specificare quali:	SI	NO
-Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (ad es. insufficienza renale cronica). Se sì specificare quali:	SI	NO
Assume (o ha assunto per più di una settimana nell'ultimo anno) altre medicine oltre a quelle già dichiarate. Se sì indicare quali, il periodo di riferimento e i dosaggi:	SI	NO
-ha problemi di vista non correggibili con lenti. Se sì specificare quali:	SI	NO
-porta lenti a contatto.	SI	NO
-Ha problemi di udito.	SI	NO
-Porta protesi acustiche.	SI	NO

DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE

Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute. In particolare dichiaro di non fare abuso di alcolici, di sostanze stupefacenti o psicotrope e di non aver avuto crisi epilettiche negli ultimi due anni.

Lì **Il richiedente**

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

Ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196, sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente visita, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, e informatiche e telematiche, ai sensi delle vigenti disposizioni de legge. Saranno trasmessi ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge. Il sottoscritto _____ (*) autorizza il personale della Motorizzazione Civile/Capitanerie di Porto, se lo riterrà necessario, ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche. Inoltre _____ (*) autorizza l'inserimento dei dati personali e di quelli riguardanti le proprie condizioni di salute, emersi nel corso della presente visita, in una cartella clinica medico-legale, che potrà essere esaminata dal personale autorizzato, vincolato all'obbligo del segreto d'ufficio, a seguito di qualsiasi richiesta di benefici presentata a strutture del Servizio sanitario pubblico.

Lì **il dichiarante** _____

(*) Indicare "NON" in caso di negata autorizzazione (firma apposta in presenza del medico)

Il medico ricevente l'atto _____

COMPILARE SOLO LE PARTI EVIDENZIATE IN ROSSO

NON attaccare la foto

NON attaccare la marca

CERTIFICATO MEDICO

PER RILASCIO / CONVALIDA

DELLA PATENTE NAUTICA

ENTRO 12 M →	☐ A ☐ C Navigazione entro 12 miglia dalla costa	☐ limitata alle unità a motore ← SOLO MOTORE
SENZA LIMITI →	☐ A ☐ C Navigazione senza alcun limite dalla costa	☐ per tutti i tipi di unità ← VELA E MOTORE

Si certifica che il Sig. _____

nato/a a _____ il _____

documento di riconoscimento _____ n° _____

rilasciato da _____ il _____

ha statura di m. _____ e peso di Kg. _____

Osservazioni.....

Non presenta sintomi che lo rivelino fare abuso di bevande alcoliche od essere in stato di dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope o che comunque alterino lo stato psico-fisico della persona. E' esente da anomalie della conformazione o dello sviluppo somatico, e malattie fisiche o psichiche, deficienze organiche o minorazioni anatomiche e/o funzionali che possono comunque pregiudicare la sicurezza della navigazione in relazione al tipo di patente richiesta e al limite di distanza dalla costa.

Possiede in visione binoculare/monoculare un visus non corretto/corretto di

OS: _____ OD: _____

senso cromatico _____ campo visivo: _____

sensibilità al contrasto _____ visione crepuscolare _____

percepisce la voce di conversazione con / senza protesi acustica monoaurale / binaurale

a destra _____ m a sinistra _____ m

possiede tempi di reazione a stimoli semplici (misura in decili)

stimoli luminosi rapidità _____ regolarità _____

stimoli acustici rapidità _____ regolarità _____

possiede tempi di reazione a stimoli complessi (misura in decili)

stimoli luminosi rapidità _____ regolarità _____

stimoli acustici rapidità _____ regolarità _____

in conseguenza si giudica che **E' IDONEO** / **NON E' IDONEO** per il conseguimento / la convalida

☐ della patente nautica di categoria per la navigazione entro 12 miglia dalla costa / senza alcun limite dalla costa — limitata alle sole unità a motore / per tutti i tipi di unità

☐ della patente nautica di categoria B per per nave da diporto

limitata ad anni _____ di validità ai sensi del _____

☐ obbligo di lenti (occhiali con sistema di sicurezza o lenti a contatto con occhiali di protezione)

☐ obbligo di apparecchio acustico ☐ adattamenti

prescrizioni _____

allegati depositati agli atti: dichiarazione anamnestica dell'interessato _____

_____ lì _____

ritirato il _____

_____

ritirato il _____

_____
(firma dell'interessato)

Avverso il giudizio della Commissione Medica Locale è ammesso il ricorso al Ministero delle infrastrutture e dei trasporti entro trenta giorni dalla data del ritiro

generalità, qualifica e firma del medico

OPPURE
LA COMMISSIONE MEDICA LOCALE

Presidente _____

Membro _____

Membro _____

COMPILARE SOLO LE PARTI EVIDENZIATE IN ROSSO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO

Il/la sottoscritto /a _____

Nato/a a _____ provincia di _____

Il _____ residente in _____

Prov. _____ Via / Piazza (*) _____ N° _____

Nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica al conseguimento/convalida della patente nautica

DICHIARA

In relazione agli stati patologici (e/o condizioni) di seguito elencati, che:

- sussistono patologie dell'apparato cardio - circolatorio (pressione alta anche se normalizzata dal trattamento, pregresso infarto miocardio, angina pectoris, pregresso intervento cardiochirurgico, aneurisma, aritmie ecc.). Se sì indicare quali:	SI	NO
- sussiste diabete mellito. Se sì specificare di quale tipo: ☐ insulino-dipendente ☐ NON insulino-dipendente (trattato con dieta o i ipoglicemizzanti orali)	SI	NO
- sussistono altre patologie endocrine (ad es. della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi) Se sì specificare quali:	SI	NO
-Soffre (ha mai sofferto) di malattie neurologiche (ad es. Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.) Se sì indicare quali:	SI	NO
-Soffre (ha mai sofferto) di turbe o patologie psichiche (ad es. ansia, depressione, allucinazioni, ecc.) Se sì indicare quali e in quale periodo ne ha sofferto:	SI	NO
-E' attualmente (è stato) in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi od altri farmaci psicotropi. Se sì indicare quali, il periodo di riferimento e i dosaggi:	SI	NO
-Ha avuto problemi relativi ad abuso di alcolici (ad es. guida o comando in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, ecc.) Se sì specificare di quale tipo e quando:	SI	NO
-Ha fatto uso di canapa indiana, ecstasy, cocaina, amfetamine, LSD o altre droghe. Se sì specificare quando	SI	NO
-Ha subito un trauma cranico. Se sì specificare quando:	SI	NO
-Soffre di epilessia o ha in passato presentato crisi epilettiche (o convulsioni). Se sì specificare la data dell'ultima crisi e indicare la terapia eseguita:	SI	NO
-Sussistono malattie del sangue. Se sì specificare quali:	SI	NO
-Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (ad es. insufficienza renale cronica). Se sì specificare quali:	SI	NO
Assume (o ha assunto per più di una settimana nell'ultimo anno) altre medicine oltre a quelle già dichiarate. Se sì indicare quali, il periodo di riferimento e i dosaggi:	SI	NO
-ha problemi di vista non correggibili con lenti. Se sì specificare quali:	SI	NO
-porta lenti a contatto.	SI	NO
-Ha problemi di udito.	SI	NO
-Porta protesi acustiche.	SI	NO

DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE

Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute. In particolare dichiaro di non fare abuso di alcolici, di sostanze stupefacenti o psicotrope e di non aver avuto crisi epilettiche negli ultimi due anni.

Lì DATA **Il richiedente** FIRMA

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

Ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196, sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente visita, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, e informatiche e telematiche, ai sensi delle vigenti disposizioni de legge. Saranno trasmessi ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge. Il sottoscritto _____ (*) autorizza il personale della Motorizzazione Civile/Capitanerie di Porto, se lo riterrà necessario, ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche. Inoltre _____ (*) autorizza l'inserimento dei dati personali e di quelli riguardanti le proprie condizioni di salute, emersi nel corso della presente visita, in una cartella clinica medico-legale, che potrà essere esaminata dal personale autorizzato, vincolato all'obbligo del segreto d'ufficio, a seguito di qualsiasi richiesta di benefici presentata a strutture del Servizio sanitario pubblico.

Lì DATA **il dichiarante** _____ FIRMA

(*) Indicare "NON" in caso di negata autorizzazione (firma apposta in presenza del medico)

Il medico ricevente l'atto _____

DA COMPILARE PER I NON RESIDENTI MA LAVORATORI NELLE PROVINCE DI COMPETENZA DELLA CAPITANERIA DI PORTO DI GENOVA

DA REDIGERE SU CARTA INTESTATA DELLA SOCIETÀ

LA SOTTOSCRITTA SOCIETÀ RAGIONE SOCIALE CON SEDE LEGALE IN VIA, NUMERO, CAP, COMUNE, PROVINCIA

DICHIARA CHE

IL SIG. NOME E COGNOME, NATO A COMUNE, PROVINCIA, IL DATA DI NASCITA, CODICE FISCALE, È UN DIPENDENTE DELLA SOTTOSCRITTA E LAVORA PRESSO GLI UFFICI DI VIA, NUMERO, CAP, COMUNE, PROVINCIA

LUOGO LI DATA

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
NOME E COGNOME

FIRMA

_____