



CORSO DI PATENTE NAUTICA

Vela e Motore

Senza Limiti dalla Costa

Info documentazione

ISCRIZIONE CAPITANERIA

Per informazioni:

forSailing tel. 02 48104166

Marco cell. 393 9091561

Ernesto cell. 335 8075733

noleggio barche – patenti – corsi di vela – crociere e vacanze

Piazza Piemonte, 2 20145 Milano - tel. +39 02 48104166 - fax +39 02 700436024

www.forsailing.it - staff@forsailing.it



È possibile sostenere l'esame dopo un mese dalla consegna della documentazione completa in Capitaneria di Porto.

- Modulo capitaneria compilato e firmato (che trovi qui di seguito)
- Certificato medico ufficiale con foto tessera e marca da 14,62 euro
- Due foto tessere uguali (scrivere nome e cognome sul retro)
- Fotocopia fronte e retro carta d'identità con codice fiscale trascritto a penna

ATTENZIONE: il certificato medico ufficiale non può essere fatto da un medico generico; solo gli ufficiali medici dell'ASL e dell'esercito sono abilitati a farlo.

Puoi fare questo certificato presso gli aeroporti (di seguito tutte le info necessarie), in Garibaldi presso le ferrovie, all'ASL e presso le autoscuole.

Per facilitare le pratiche, durante una lezione del corso verrà un medico dell'esercito a fare il certificato a chi, per problemi di tempo, non è riuscito a farlo.

Il costo è di 35,00 euro più la foto tessera e la marca da 14,62 euro; ricordati di portare un documento d'identità in corso di validità



Come contattarci:

forSailing – *Guidati dal Vento*

Sede: Piazza Piemonte, 2 Milano

**sito: www.forSailing.it
e-mail: staff@forsailing.it
tel: 02 48104166
fax: 02 700436024**

Marco Viganò

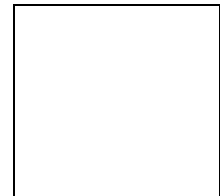
marco@forsailing.it
393 9091561

Ernesto Zucca

ernesto@forsailing.it
335 8075733



MINISTERO DEI TRASPORTI E DELLA NAVIGAZIONE



| | | | | |
|--|--|-----------------------------|--------------------|--|
| A | Dichiarazioni sostitutive delle ordinarie certificazioni | | | Foto formato tessera 4x4 (solo nei casi previsti per le richieste di cui ai quadri B - C e D) |
| | Cognome | | Nome | |
| | Comune di nascita e nazionalità | | Data di nascita | |
| | Comune di residenza | | (Prov.) | |
| | Via o Piazza | | N°Civico Tel. | |
| Dichiario che la foto su indicata riproduce il sottoscritto Firma _____ | | | | |
| B | CHIEDE: L'ammissione agli esami per il conseguimento della patente nautica indicata nel successivo quadro F. A tale scopo dichiara sotto la propria responsabilità: | | | |
| | a. Di essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 6 del regolamento sulle patenti nautiche; b. Di non aver presentato altrove domanda per conseguire la medesima patente; c. Di essere in possesso della patente n. _____ rilasciata in data _____ da _____ Per il comando e la condotta di unità di diporto a _____ per la navigazione _____, allegata in copia. | | | |
| C | Il rilascio della patente nautica - senza esame - indicata al successivo quadro F. | | | |
| D | La sostituzione/il rilascio del duplicato della patente nautica n. _____ rilasciata in data _____ da Codesto Ufficio indicata al successivo quadro F., a seguito di deterioramento/smarrimento distruzione del documento di cui all'unità denuncia presentata all'autorità di P:S: (cancellare ciò che non interessa). | | | |
| E | La convalida della patente nautica n. _____ rilasciata in data _____ da Codesto Ufficio per la navigazione indicata al successivo quadro F. (compilare anche il quadro B apponendo il sego X sulla lett. a. e, se in possesso di altra patente, riportare i dati indicati nella lett. c.. | | | |
| F | Navigazione per la quale si richiede la patente: (Barrare le caselle che interessano) | | | |
| | <input type="checkbox"/> Entro 12 Miglia dalla costa <input type="checkbox"/> Per il comando limitato alle sole unità motore <input type="checkbox"/> Per nave da diporto | | | |
| | <input type="checkbox"/> Senza limiti dalla costa | | | |
| | Data _____ Firma del richiedente _____ | | | |
| PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO | | | | |
| _____ Timbro lineare | | Prot. n. _____ del _____ | | |
| A. 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 _____ a: _____ | | | | |
| Il presente documento autorizza il candidato a comandare e condurre le unità da diporto per le quali ha presentato la domanda, purché a bordo vi sia una persona munita di regolare patente nautica, conseguita da almeno tre anni, per un periodo di mesi tre a decorrere dal _____ | | | | |
| Timbro e firma _____ | | | | |
| B. La presente autorizzazione è prorogata fino al _____ | | | | |
| Timbro e firma _____ | | | | |
| Si attesta che al Sig. _____ Documento della patente nautica _____ sopra generalizzato in data _____ è stata rilasciata la patente nautica n. _____ per la navigazione _____ a _____ | | | | |
| Il presente documento sostituisce la patente nautica per il periodo di 30 gg. a decorrere dal _____ | | | | |
| Timbro e firma _____ | | | | |



Documento di presentazione dei servizi

Per "profilassi internazionale" o, come correntemente si usa oggi dire, per "sanità transfrontaliera", si intende: "l'insieme delle attività e degli interventi amministrativi, anche a contenuto tecnico, messi in atto su persone, beni e mezzi che attraversano il confine nazionale al fine di assicurare:

- a) la tutela della salute pubblica e del singolo dall'esposizione a fattori di rischio biologici o chimici o fisici,
- b) la salvaguardia della salute individuale e pubblica, anche legata ai problemi emergenti con i fenomeni migratori,
- c) ogni altro adempimento di rilevanza sanitaria anche in attuazione di impegni internazionali".

Quest'Ufficio è responsabile dell'implementazione e applicazione delle misure di sanità transfrontaliera nell'ambito della giurisdizione di competenza, che comprende gli aeroporti di Malpensa (VA), Linate (MI), Bergamo/Orio al Serio e Torino/Caselle ed il valico di Pontechiasso (CO) con la Svizzera.

Nello svolgimento dei propri compiti istituzionali dovrà:

1. agire nel pieno rispetto della dignità, dei diritti e delle libertà fondamentali dell'uomo;
2. iniziare, portare a termine ed applicare le misure sanitarie in modo trasparente e non discriminatorio;
3. ridurre al minimo qualsiasi disagio o stress associato a tali misure, trattando tutti con cortesia e rispetto e tenendo conto delle caratteristiche sessuali, socioculturali, etniche e religiose di ciascuno;
4. attenersi rigorosamente a criteri di speditezza, fluidità e semplicità amministrativa;
5. prevedere gli strumenti organizzativi attraverso i quali garantire la continuità del servizio a fronte di eventi urgenti ed imprevisti.

La Direzione dell'USMAF Milano Malpensa, sensibile alle esigenze degli utenti e alla definizione di regole chiare per il miglioramento della propria organizzazione, ha intrapreso un percorso di certificazione del sistema di gestione qualità conforme alla norma internazionale UNI EN ISO 9001/00.

I servizi che eroga alle persone e alla collettività possono essere schematicamente riassunti in 5 diversi settori:

- o Vettori (mezzi di trasporto aereo);
- o Viaggiatori internazionali (persone in arrivo o in partenza dall'Italia);
- o Merci (merci extra-comunitarie in importazione);
- o Aree, strutture e procedure aeroportuali ("core capacities");
- o Tutti i cittadini (certificati medici per patenti di guida e patenti nautiche ed altre certificazioni medico legali).

Vettori

Ispezione degli aeromobili in transito o in sosta nel sedime aeroportuale

Durante l'ispezione il personale tecnico o sanitario incaricato accerta che l'acqua potabile e i viveri imbarcati rispondano a criteri igienici, che i locali adibiti al trasporto dei passeggeri e dell'equipaggio siano in buone condizioni igieniche e prende visione dei documenti sanitari di bordo.

Viaggiatori internazionali

Presso le sedi aeroportuali afferenti alla Circoscrizione Territoriale di Milano Malpensa è attivo un Ambulatorio di Medicina dei Viaggi e Profilassi Internazionale che fornisce informazioni e consigli di carattere igienico-sanitario, effettua la vaccinazione contro la febbre gialla e le principali malattie infettive cui sono esposti i viaggiatori e da indicazioni relative alla profilassi antimalarica.

Il servizio è attivo dal lunedì al venerdì e le prestazioni sono effettuate previo appuntamento.

Merci

Al momento dell'ingresso in territorio nazionale tutte le partite di merci di interesse sanitario (alimenti, medicinali, presidi sanitari e medico-chirurgici, emoderivati, cosmetici, materiali biologici, organi e tessuti per trapianto, merci pericolose, materiali ed oggetti destinati a venire a contatto con alimenti e bevande, indumenti, capelli, ecc.), provenienti da Paesi extra UE, sono sottoposte a controllo igienico sanitario.

Se le merci risultano conformi alla legislazione vigente e non pericolose per la salute pubblica, si rilascia nulla osta sanitario, documento che ne permette l'introduzione in territorio comunitario. In caso contrario si emette un provvedimento motivato di non ammissione all'importazione.

Area, strutture e procedure aeroportuali ("core capacities")

L'Ufficio deve garantire l'esistenza delle strutture, dell'organizzazione e delle procedure previste dal Regolamento Sanitario Internazionale, così individuate:

- o disponibilità di acqua potabile e derrate alimentari sicure dal punto di vista igienico;
- o adeguato sistema di smaltimento e depurazione dei liquami, dei rifiuti, delle acque di scarico, nonché di smaltimento delle derrate alimentari non idonee al consumo umano e di ogni altro materiale ritenuto nocivo per la salute pubblica;
- o presenza di attrezzature e locali necessari e, in particolare, presidi atti all'isolamento e alle prime cure di persone infette o sospette tali e per procedere alla disinfezione, disinfestazione, derattizzazione, ad esami batteriologici, al prelievo di campioni d'acqua destinata al consumo umano e di derrate alimentari e al loro invio ad un laboratorio per le analisi appropriate, nonché all'adozione di ogni altra misura appropriata tra quelle previste dal Regolamento citato;
- o accesso ad equipaggiamento e personale per il trasporto di passeggeri malati ad un'adeguata struttura medica.

Tutti i cittadini

I medici appartenenti al ruolo del Ministero della Salute in servizio presso gli USMAF sono abilitati al rilascio dei certificati medici per l'idoneità alla guida dei veicoli a motore (autoveicoli e natanti) ed altre certificazioni medico legali.

Le visite mediche si effettuano presso gli ambulatori dell'U.S.M.A.F. e gli interessati possono prenotarsi telefonicamente.

Recapiti ed orari

| INDIRIZZI - NUMERI TELEFONICI E FAX - E MAIL | | | | |
|--|--------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| Indirizzo | Aeroporto della Malpensa, Terminal 2 | Aeroporto di Linate | Aeroporto di Orio al Serio (Bg) | Aeroporto di Torino/Caselle |
| N. telef. | 02/58583411 | 02/7560760 | 035/326291 | 011/4702433 |
| N. fax | 02/58583461 | 02/70210000 | 035/326470 | 011/4704633 |
| E - mail | usma.varese@sanita.it | usma.linate@sanita.it | usma.bergamo@sanita.it | usma.torino@sanita.it |

| ORARIO DI SERVIZIO | | | |
|---|--|---|---|
| Ufficio di Malpensa Lunedì - venerdì: 8 - 20 Sabato: 8 - 14 Festivi chiuso | Ufficio di Linate Lunedì - venerdì: 8 - 15,42 Sabato: 8 - 14 Festivi chiuso | Ufficio di Orio al Serio (BG) Lunedì - venerdì: 8 - 15,42 Sabato e festivi chiuso | Ufficio di Torino Caselle Lunedì - venerdì: 8 - 14 Mar./ Merc. /Giov.: 8 - 16,30 Sabato e festivi chiuso |

Tariffe

Alcuni servizi sono gratuiti, altri prevedono il pagamento di una tariffa mediante versamento su c.c.p. n.:

- o 10197218, intestato all'Ufficio di Sanità Aerea Milano di Malpensa, per servizi resi presso le sedi di Malpensa, Linate e Orio al Serio (BG);
- o 10244101 intestato a Ministero Salute - Ufficio Sanità Aerea Caselle Torinese, per i servizi resi dall'Unità Territoriale di Torino.

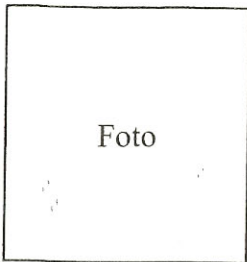
| Servizio | Tariffa |
|--|----------|
| Vaccinazione anti-morbilli | € 19,87 |
| Altre vaccinazioni | € 6,33 |
| Certificati medici per patenti ed altre certificazioni medico legali | € 9,49 |
| Nulla osta all'importazione di sostanze alimentari e salme | € 6,33 |
| Nulla osta importazione altra merce, esclusi i medicinali di cui al D.M. 11.2.1997 | € 63,27 |
| Nulla osta all'importazione di specialità medicinali ex D.M. 11.2.1997 | Gratuito |
| Certificati di disinfestazione aeromobili | Gratuito |

Marca da bollo

Anness

CERTIFICATO MEDICO

PER RILASCIO
CONVALIDA DELLA PATENTE NAUTICA



| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Navigazione entro 12 miglia dalla costa | <input type="checkbox"/> Limitata alle unità a motore |
| <input type="checkbox"/> Navigazione senza alcun limite dalla costa | <input type="checkbox"/> per tutti i tipi di unità |

Nave da diporto

Si certifica che il/la Sig/a _____ nato / a _____ il
____ / ____ / ____ documento di riconoscimento _____ Nr. _____ rilasciato da
_____ il ____ / ____ / ____ di statura mt. _____ e peso kg _____

Osservazioni: _____

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

Possiede all'occhio destro all'occhio sinistro
Ad occhio nudo _____
A refrazione corretta _____
Grado di refrazione _____

Senso Cromatico _____ Campo visivo O.D.normale Sensibilità al contrasto O.D. _____
O.S. normale O.S. _____

Visione Binoculare _____ Visione crepuscolare / Notturna: O.D.sufficiente O.S. sufficiente

Percepisce voce di conversazione con / senza protesi acustica monoaurale / biaurale A destra metri _____ a sinistra metri _____

Possiede tempi di reazione a stimoli semplici (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 della categoria _____ Per la navigazione entro 12 miglia dalla costa Limitata alle sole unità a motore
 Della patente nautica per nave da diporto _____ Senza alcun limite dalla costa Per tutti i tipi di unità

Eventuali limiti di durata: patente nautica limitata ad anni _____ ai sensi del _____ DM 146/2008

_____ Obbligo di Lenti _____ Obbligo di apparecchio acustico _____ Adattamenti

Prescrizioni : _____
Allegati depositati agli atti: dichiarazione anamnestica dell'interessato, _____

li _____ Generalità, qualifica e firma del medico

Ritirato il _____

Firma dell'interessato

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO

(da firmare in presenza del medico e da allegare al certificato medico)

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ ()

Il ___ / ___ / ___ residente a _____ () in Via _____

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 (<i>pressione alta anche se normalizzata dal trattamento, pregresso infarto, angina, pregresso intervento cardiocirurgico, aneurisma, aritmie, ecc</i>). Se sì, indicare quali: | SI | NO |
| Sussiste diabete (mellito) Se sì, specificare di quale tipo: <input type="checkbox"/> insulino – dipendente <input type="checkbox"/> NON insulino dipendente (trattato con dieta od ipoglicemizzanti orali) | SI | NO |
| Sussistono altra patologie endocrine (<i>ad es: della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi</i>) Se sì, indicare quali: | SI | NO |
| Soffre (ha mai sofferto) di malattie neurologiche (<i>ad es: m di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.</i>). Se sì, indicare quali: | SI | NO |
| Soffre (ha sofferto di) turbe o patologie psichiche (<i>ad es: ansia, depressione, allucinazioni, ecc.</i>) Se sì, indicare quali e in che periodo ne ha sofferto: | SI | NO |
| È 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 (<i>ad es guida o comando in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, ecc</i>). Se sì, specificare di quale tipo e quando | SI | NO |
| Ha fatto uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, amfetamina, LSD o altre droghe Se sì specificare quando | SI | NO |
| Ha subito trauma cranico Se sì, specificare quando | SI | NO |
| Soffre di epilessia o ha in passato manifestato crisi epilettiche (o convulsioni) Se sì, specificare la data dell'ultima crisi e indicare la terapia eseguita | SI | NO |

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO
(da firmare in presenza del medico e da allegare al certificato medico)

| | | |
|---|----|----|
| Sussistono malattie del sangue Se si, specificare quali | SI | NO |
| Susstono malattie dell' apparato uro – genitale (<i>ad es insufficienza renale cronica</i>). Se si, specificare quali | SI | NO |
| Assume (o ha assunto per più di una settimana nell'ultimo anno) altre medicine oltre a quelle già dichiarate. Se si, indicare quali, il periodo di riferimento ed i dosaggi | SI | NO |
| Ha problemi di vista NON correggibili con lenti. Se si, indicare 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.

Data ___/___/_____ Firma del richiedente

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 e s.m. , sono stato informato/a 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, informatiche e telematiche, ai sensi delle vigenti disposizioni di 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 _____ 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 dal segreto d'ufficio, a seguito di qualsiasi richiesta di benefici presentata a strutture del Servizio sanitario pubblico.

(*) INDICARE “NON” IN CASO DI NEGATA AUTORIZZAZIONE.

Data _____ Firma del dichiarante _____
 (da firmare in presenza del medico)

Firma del medico che riceve l'atto _____