



ASL
CITTÀ DI TORINO

ANNESSO 1

Marca
da
bollo

CERTIFICATO MEDICO

PER RILASCIO
CONVALIDA DELLA PATENTE NAUTICA

FOTO

<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D2 Navigazione entro 12 miglia di distanza dalla costa
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D2 Navigazione senza alcun limite di distanza dalla costa

- ☐ limitata alle sole
unità a motore
- ☐ per qualsiasi tipo
di unità

<input type="checkbox"/> B Nave da diporto
<input type="checkbox"/> 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 _____