

**RICHIESTA DI VISITA MEDICA**

N. \_\_\_\_\_

IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....SESSO.....

NATO IL.....A..... PROV.....

RESIDENTE A..... PROV..... CAP..... VIA..... N.....

TEL..... NAZIONALITA'..... CODICE FISCALE.....

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO (per il rinnovo della patente di guida indicarne gli estremi ).....

N..... RILASCIATO DA.....

IL..... PESO..... ALTEZZA.....

**CHIEDE DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA PER:**

- IMMATRICOLAZIONE TRA LA GENTE DI MARE \*
- ISCRIZIONE ALL'ISTITUTO NAUTICO
- ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEI MEDICI DI BORDO
- COMMISSIONE MEDICA DI 1° GRADO
- ISCRIZIONE/RINNOVO REGISTRO DEI SOMMOZZATORI IN SERVIZIO LOCALE
- ISCRIZIONE /RINNOVO REGISTRO DEI PESCATORI SUBACQUEI PROFESSIONALI
- ISCRIZIONE/RINNOVO REGISTRO DEI PALOMBARI
- COMMISSIONE MEDICA PILOTI DI PORTO
- ACCERTAMENTO MEDICO-LEGALE DI NATURA FISCALE
- ISCRIZIONE/RINNOVO REGISTRI DEI LAVORATORI PORTUALI
- RILASCIO/RINNOVO PATENTE NAUTICA
- RILASCIO/RINNOVO PATENTE DI GUIDA

FIRMA

(in caso di minore **firma e documento** di chi esercita la potestà genitoriale)

PESCARA .....

\* Dichiaro di non essere stato mai giudicato NON IDONEO ALLA NAVIGAZIONE da alcuna  
Commissione Medica di 1° grado.

FIRMA.....

VISTO.....