

## Allegato 2



## Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti

## CAPITANERIA DI PORTO DI SAVONA

**SCHEDA CENSIMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA E SOCCORSO IN MARE**  
 (prevista dall'art. 4, comma 6.14)

La presente scheda notizie deve essere compilata e sottoscritta dai soggetti interessati e fatta pervenire all'ufficio in intestazione all'indirizzo e-mail : [cpsavona@mit.gov.it](mailto:cpsavona@mit.gov.it) a cura dei gestori delle strutture balneari e da chiunque sia tenuto a istituire o intenda istituire il servizio di salvataggio conformemente a quanto stabilito dall'Ordinanza di Sicurezza Balneare emessa dalla Capitaneria di Porto di Savona, entro la data di apertura al pubblico della struttura balneare. Una nuova scheda dovrà nuovamente essere inviata nel caso in cui i dati relativi ai soggetti che effettuano la sorveglianza cambino nel corso della stagione balneare.

Stabilimento balneare denominato \_\_\_\_\_ Comune/località \_\_\_\_\_

**Generalità del titolare/gestore (o legale rappresentante se trattasi di società)**

Q U A D R O A	Sig. _____ nato a _____ il _____ _____ e residente a _____ (_____) in via _____
	Denominazione dello stabilimento balneare: _____
	Colorazione degli ombrelloni: _____
	Recapito telefonico di rete fissa/mobile del concessionario/gestore: _____
	e-mail del gestore _____ <input type="checkbox"/> Struttura balneare che si avvale di un servizio collettivo di salvataggio approvato dall'Autorità Marittima.

**Generalità dell'assistente bagnanti**

Q U A D R O B	NOME E COGNOME _____
	NATO A _____ IL _____ RESIDENTE A _____ IN _____
	VIA _____ BREVETTO RILASCIATO DA _____ IN _____
	DATA _____ SCADENZA _____
	RECAPITO TELEFONICO DI PRONTA RINTRACCIABILITÀ _____
	NOME E COGNOME _____
	NATO A _____ IL _____ RESIDENTE A _____ IN _____
	VIA _____ BREVETTO RILASCIATO DA _____ IN _____
	DATA _____ SCADENZA _____
	RECAPITO TELEFONICO DI PRONTA RINTRACCIABILITÀ _____
	NOME E COGNOME _____
	NATO A _____ IL _____ RESIDENTE A _____ IN _____
	VIA _____ BREVETTO RILASCIATO DA _____ IN _____
	DATA _____ SCADENZA _____
	RECAPITO TELEFONICO DI PRONTA RINTRACCIABILITÀ _____
	NOME E COGNOME _____
	NATO A _____ IL _____ RESIDENTE A _____ IN _____
	VIA _____ BREVETTO RILASCIATO DA _____ IN _____
	DATA _____ SCADENZA _____
	RECAPITO TELEFONICO DI PRONTA RINTRACCIABILITÀ _____

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA DEL GESTORE/LEGALE RAPPRESENTANTE \_\_\_\_\_

I sottoscritti contestualmente prestano il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003. Il trattamento dei predetti dati potrà essere effettuato con mezzi manuali o con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, direttamente ed esclusivamente dalla Capitaneria di porto di Savona e dagli Uffici Marittimi dipendenti al fine esclusivo di garantire l'adempimento dei compiti d'Istituto in materia di sicurezza della balneazione/navigazione.

FIRMA DEL/DEGLI ADDETTO/I ALLA SORVEGLIANZA \_\_\_\_\_