



AREA MARINA PROTETTA "ISOLA DI USTICA"
Domanda di autorizzazione alle immersioni subacquee per i residenti

l sottoscritt _____ nat _a _____ () il ___/___/___
residente in _____ () via _____ n. ___ CAP _____
e-mail: _____ tel. o fax _____

COMUNICA

- di effettuare nr. ___ immersioni subacquee in data ___/___/20__ ore _____, in zona **B e C dell'A.M.P. isola di Ustica**; in apnea/ con autorespiratore, lungo il percorso _____;
- di effettuare immersioni a () Punta Galera; () Secca della Colombara; () percorso archeologico di Punta Gavazzi;
- compartecipanti all'immersione (obbligatorio almeno un compartecipante);
- A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni ai sensi del D.P.R. nr. 445 in data 28 dicembre 2000

DICHIARA

- di aver preso visione del Decreto Istitutivo 12/11/1986 e del Disciplinare nr. 10/2016 dell'Ente Gestore - Comune di Ustica;
- di effettuare l'immersione in gruppo con nr. _____ di partecipanti (consigliabile immergersi almeno in coppia);
- di essere in possesso di libretto subacqueo nr. _____ cat. _____/_____;
- di essere in possesso di copertura assicurativa per le attività subacquee, non obbligatoria;
- le immersioni nei fondali dell'Area Marine Protetta da parte di soggetti privati individuali o in gruppo, che avvengono senza l'assistenza di guide riconosciute, di organizzatori diving, di istituti di ricerca, di circoli o di associazioni che esprimono un responsabile operativo/amministrativo, sono effettuate sotto la personale responsabilità dei singoli soggetti che si immergono; il responsabile operativo dovrà procedere a verificare l'idoneità tecnica dei materiali utilizzati per l'immersione, l'idoneità fisica del soggetto nonché la rispondenza dell'eventuale mezzo utilizzato, in accordo alle norme vigenti;
- di autorizzare il Gestore all'uso dei propri dati personali, i quali verranno archiviati e trattati ai sensi del Decreto Legislativo nr. 196 del 30 giugno 2003.

USTICA ___/___/2017

(Firma del richiedente)

Autorizzazione per immersioni subacquee RESIDENTI

l sig/sig.ra _____ nat _a _____ () il ___/___/___
residente in _____ () via _____ n. ___ CAP _____
e-mail: _____ tel. o fax _____

È AUTORIZZATO

- a poter effettuare nr. ___ immersioni subacquee in data ___/___/20__ ore _____, in zona **B e C dell'A.M.P. isola di Ustica**; in apnea/ con autorespiratore, lungo il percorso _____;
- a poter effettuare immersioni a () Punta Galera; () Secca della Colombara; () percorso archeologico di Punta Gavazzi;

USTICA _____

(Firma del titolare centro ricarica ARA)

nr. _____/___/___/2017

timbro e firma dell'Ente gestore