

AVERBAMENTO DA ATIVIDADE MARÍTIMO-TURÍSTICA

REQUERIMENTO

Exmo. Senhor Capitão do Porto de _____

REQUERENTE

Nome¹: _____ NIF: _____
Morada: _____
Telefone: _____ E-mail: _____

EMBARCAÇÃO

Nome: _____ Conjunto identificação: _____
Porto de registo: _____
Local de operação em AMT: _____

AVERBAMENTO DA ATIVIDADE MARÍTIMO-TURÍSTICA

Aluguer com tripulação Aluguer sem tripulação Aluguer com e sem tripulação
Aluguer a pessoas não habilitadas com carta de navegador de recreio Sim Não

REGIME DE EXCLUSIVIDADE

Com exclusividade Sem exclusividade

ALUGUER COM TRIPULAÇÃO (se aplicável)

Pretendo utilizar aquela embarcação na atividade marítimo-turística (AMT), na modalidade de aluguer com tripulação, vem requerer a V. Ex.³. a fixação da lotação de segurança, juntando para o efeito memória identificativa da embarcação e proposta de lotação fundamentada, conforme disposto no artigo 9º do Decreto-Lei nº. 149/2014, de 10 de outubro, na sua redação atual.

Proposta de lotação máxima na AMT: _____

Proposta de tripulação (*descrição de nº de tripulantes e respetiva categoria*): _____, ao que acresce _____ passageiros.

Equipamentos: _____

Atividades a desenvolver: _____

Fundamentação (*texto livre, incluir características da AMT a ser exercida*)

¹ Se não se tratar do proprietário, deve entregar procuração como representante legal.

VISTORIA

Local: _____ Data preferencial: _____

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

- Certificado de Navegabilidade / Livrete
- Cópia de Manual de Operação e Segurança, aprovado pela DGRM (*caso pretenda alugar a pessoas não habilitadas com carta de navegador de recreio*)
- Cópia de Licença RNAAT
- Cópia de Apólice de seguro de responsabilidade civil para a atividade
- Cópia de Certidão Permanente ou código de acesso (*se empresa*)
- Cópia do Cartão do Cidadão do requerente e representante legal (*com apresentação presencial dos originais, ou cópia certificada*)

TIPO DE SERVIÇO²

- Normal (*resposta em 10 dias úteis*)
 Urgente (*“aquele que sendo requisitado no período de atendimento deva ser concluído no prazo máximo de três dias úteis”*) - agravamento de taxa a 100%

FATURAÇÃO

Nome: _____

Morada: _____

NIF: _____ E-mail: _____

Autorizo o processamento dos dados pessoais (Lei n.º 26/2016, de 8 de agosto).

Pede deferimento, ____ de _____, de _____, _____
(assinatura)

NOTA: Enviar para capitania.pvarzim@amn.pt ou capitania.vconde@amn.pt, conforme aplicável.

² Taxas a cobrar nos termos do anexo da Portaria n.º 506/2018, de 2 de outubro, atualizada por Despacho do DGAM.