

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.^a 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.