



A CURA DELL' UFFICIO

- Periodo dal al UTENZA
- Nuova assegnazione BT LT 5% 10%
- Movimentato da a
- Passare in ufficio: SI NO
- Prima di occupare l'utenza: SI NO
- Assegnata tessera: NO SI N°
- Controllate le dimensioni prima di ormeggiare: SI NO

Data

Firma

A CURA DELL'ORMEGGIATORE

- **Dimensioni F.T. accertate** : Lunghezza. Larghezza
- Bozze in ordine : PRORA SI NO - POPPA SI NO
- Parabordi idonei e sufficienti : SI NO
- **Se no, avisato cliente** _____
- Utente identificato : SI NO
- Rapportino d'arrivo : compilato SI NO

Data

Firma Ormeggiatore.....

Note aggiuntive:



MARINA CHIAVARI S.r.l. - PORTO TURISTICO di CHIAVARI

(Tutti i campi devono **OBBLIGATORIAMENTE E CHIARAMENTE ESSERE COMPILATI**)

N° Reg. Arrivi	ORMEGGIO ASSEGNATO (Berth).....
Data ed ora di arrivo (Date and time of arrival)	N° CAT.

RAPPORTINO D'ARRIVO TRANSITI (Transit Arrival informations)

Ai sensi dell'articolo 28 del Regolamento di esercizio ed uso del Porto di Chiavari approvato con Delibera 39 del 9 maggio 2014

NOME UNITA' (Boat name)		
TIPO (Type of boat)	Vela <input type="checkbox"/> (Sailing)	Motore <input type="checkbox"/> (Motor boat)
BANDIERA	UFFICIO D'ISCRIZIONE	MATRICOLA/SIGLA
(Flag)	(Port of Registry)	(Official N°)
LUNGHEZZA FUORI TUTTO (mt)	LARGHEZZA FUORI TUTTO (mt)	PESCAGGIO max (mt)
(Length overall - LOA)	(Beam overall)	(Maximum Draft)
COLORE SCAFO	PORTO DI PROVENIENZA	
(Hull colour)	(Port of arrival)	

NOTA BENE. Il pagamento va effettuato presso gli Uffici della Direzione del Porto appena possibile dopo l'ormeggio. In caso di arrivo nelle ore di chiusura degli uffici il pagamento dovrà essere effettuato all'apertura il mattino successivo. In caso estremo di partenza prima dell'apertura degli uffici la fattura verrà inviata all'indirizzo fornito dal Responsabile. I Sigg.ri clienti devono portare in Ufficio il documento di identità ed il Codice Fiscale del Responsabile; la licenza di navigazione/libretto dell'unità e aver completato i dati identificativi del soggetto intestatario della fattura ai fini fiscali.

INDIRIZZO RESIDENZA PER FATTURAZIONE (Invoice address)

ARMATORE/PROPRIETARIO <input type="checkbox"/> (Owner)	COMANDANTE <input type="checkbox"/> (Master)	LOCATARIO/UTILIZZATORE <input type="checkbox"/> (Lessee)
NOME E COGNOME		NUMERO TELEFONO CELLULARE
(Name and Surname)		(Mobile phone number)
Via.....	Cap.....	Città.....
(Address)	(Zip Code)	(Town)
Paese	Email	C. Fisc. (Obbligatorio)
(Country)	(Mail address)	(Compulsory)
<u>SOLO PER CLIENTE RESIDENTE ALL'ESTERO (FOREIGNER CUSTOMERS ONLY)</u>		
Country of birth _____	Date of birth _____	
DOCUMENTO TIPO (Document type)..... N°		

PERIODO D'ORMEGGIO RICHIESTO dal	al
(Mooring request)	(to day)

L'assegnatario del posto barca/Responsabile dell'unità dichiara di conoscere ed accettare le regole contenute nel vigente Regolamento di esercizio ed uso del porto turistico di Chiavari approvato con Delibera del Comune di Chiavari, nonché del vigente Regolamento di esercizio ed uso del porto turistico di Chiavari approvato con Ordinanza della Capitaneria di Porto di Santa Margherita Ligure copia dei quali è sempre consultabile presso gli Uffici del Porto presso gli Ormeggiatori del porto o sul sito web www.marina-chiavari.it. Il sottoscritto Responsabile dell'unità, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dalla Legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci DICHIARA, CON LA SOTTOSCRIZIONE DEL PRESENTE DOCUMENTO, di agire come o in nome e per conto dell'Armatore/Proprietario dell'unità.

Firma del Responsabile dell'unità da diporto _____	Data _____
(Signature of the person in charge of the boat)	
Firma Ormeggiatore _____	Data _____