

N.iscr. _____

X ritiro Kit _____/_____/_____



LEGA NAVALE ITALIANA sez. SALERNO

Corso PATENTE NAUTICA 2024

MODULO DI ISCRIZIONE 19° Corso PATENTE



Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ Residente a _____

Indirizzo _____ Cel. _____

Email _____

CHIEDE

Di essere ammesso al corso di PATENTE NAUTICA, che avrà inizio LUN 4 MARZO in modalità webinar :

CORSO PATENTE	TIPO e LIMITE	già SOCI	1° Iscr.Soci	LEZIONI		SCELTA
				Teoria	Pratica	
ENTRO 12 miglia	PATENTE MOTORE	€ 680	€ 800	22	3	
	PATENTE VELA e MOTORE	€ 730	€ 850	22	8	
SENZA LIMITI	PATENTE MOTORE	€ 780	€ 900	22+8	3	
	PATENTE VELA e MOTORE	€ 830	€ 950	22+8	8	
INTEGRAZIONE	da ENTRO a OLTRE (motore o vela)	€ 380	€ 500	10+8		
	da MOTORE a VELA (entro o senza limiti)	€ 580	€ 700	10	8	

Indicazione del proprio livello di conoscenza della pratica nautica inerente l'imbarcazione a motore:

nessuna media alta

Indicazione del proprio livello di conoscenza della pratica nautica inerente l'imbarcazione a vela:

nessuna media alta

Il costo del corso di € _____,00 verrà così corrisposto:

€ 300,00 alla sottoscrizione della presente iscrizione e SALDO entro il 1° mese dall'inizio del corso.
per accettazione



Per superare le prove previste per gli esami è necessario partecipare alle lezioni rispettando **frequenza, puntualità, applicazione e impegno nelle esercitazioni di carteggio e uscite a mare.** Non sarà possibile superare le prove d'esame se si frequenta in modo irregolare, non si rispettano gli orari delle lezioni o si partecipa con poco impegno e con inadeguata applicazione a casa.

Ulteriori lezioni pratiche a mare oltre quelle già previste potranno essere prenotate al costo di €70,00 ad uscita da dividere fra i partecipanti per spese supplementari di docenza e uso barca.
La tessera SOCIO inclusa nel prezzo ha validità fino al 31 marzo dell'anno successivo a quello di iscrizione.



per accettazione

DOCUMENTAZIONE consegnata per esame NON PRIMA DELLA FINE DEL CORSO - a cura della Segreteria:

DOMANDA in bollo []	3 FOTO TESSERA []	3 BOLLETTINI []	CERTIF. MEDICO []
Il ___/___/___	Il ___/___/___	Il ___/___/___	Il ___/___/___

PAGAMENTI effettuati :

ACCONTO € 300,00	SALDO € _____	DOMANDA consegnata in CP
Il ___/___/___	Il ___/___/___	Il giorno ___/___/___