

MODULO INFORMATIVO PER PERSONE CON DISABILITA' E A MOBILITA' RIDOTTA

(Regolamento UE/1177/2010)

Si informa che tutti i dati riportati nel presente modulo saranno trattati da Compagnia Italiana di Navigazione S.p.A. ai sensi del D.lgs. 196/2003 Codice in materia di protezione dei dati personali al solo fine dell'esecuzione del contratto di trasporto marittimo. **Titolare del Trattamento** è Compagnia Italiana di Navigazione S.p.A., con sede legale in Cagliari, via Sassari, 3 – CAP 09123.
Questo modulo è destinato a fornire informazioni RISERVATE, per mettere in grado la Compagnia di Navigazione di accertare l'idoneità del cliente a viaggiare e di fornire l'adeguata assistenza durante le fasi di imbarco/sbarco e a bordo delle navi.

COGNOME: _____ NOME: _____		SESSO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
LINEA _____	LINEA _____	
DATA PARTENZA _____	DATA PARTENZA _____	
ORA _____	ORA _____	
Cliente: non vedente <input type="checkbox"/> non udente <input type="checkbox"/> su sedia a rotelle <input type="checkbox"/> con cane guida <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> specificare _____		
Il Cliente necessita dell'assistenza del personale di Compagnia Italiana di Navigazione S.p.A. durante le fasi di imbarco/sbarco? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> specificare: _____		Il Cliente necessita di particolare attenzione durante il viaggio da parte del personale di Compagnia Italiana di Navigazione S.p.A.? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> specificare: _____
Necessità di sedia a rotelle NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		Ha sedia a rotelle Personale NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>

DICHIARAZIONE DEL CLIENTE

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, prov. _____ il ____/____/____, e residente in _____, prov. _____ Via/piazza _____ n. _____, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

ATTESTA

la veridicità e l'esattezza dei dati dichiarati.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. (Informativa Privacy sul sito www.tirrenia.it)

_____, li _____ Firma _____

Allegati:

- fotocopia Documento d'identità
- certificato di disabilità (Copia dell'accertamento della condizione di Handicap – ai sensi della L.104/92, art.4- e s.m.i.)

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Si invitano i sigg. passeggeri a leggere con attenzione l'estratto delle Condizioni Generali di Trasporto allegate al biglietto di viaggio. Il passeggero disabile o a mobilità ridotta che necessita di assistenza all'imbarco è tenuto ad informare il Vettore con almeno 48 ore di anticipo delle sue necessità e a presentarsi almeno 60 minuti prima dell'orario di partenza.

Compagnia Italiana di Navigazione S.p.A. si riserva la possibilità di denunciare per truffa i non aventi diritto.

PARTE RISERVATA AL COMANDO DI BORDO

LINEA _____ CODICE PRENOTAZIONE _____

DATA PARTENZA _____ ORA _____ NAVE _____

Il signor _____ dichiara di aver ricevuto l'assistenza richiesta.

_____, li _____ Firma del cliente _____