



**AREA MARINA PROTETTA “Isole Pelagie”**  
*Ente Gestore Comune di Lampedusa e Linosa*

Riservato all'Ufficio N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**Richiesta accompagnamento disabili motori alla Spiaggia dei Conigli,**  
**2024**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_, tel \_\_\_\_\_ email  
\_\_\_\_\_

chiede di usufruire del servizio di accompagnamento per disabili motori non gravi alla Spiaggia dei Conigli in data \_\_\_\_\_.

Il/La sottoscritto/a dichiara:

- di non soffrire di problemi cardiaci;
- di non avere una disabilità grave che comporta una specifica e costante assistenza specialistica;
- di essere accompagnato dal/la sig/sig.ra \_\_\_\_\_;
- di essere consapevole che nella Spiaggia dei Conigli non è presente alcun presidio di assistenza medica, di bagnino e di soccorso e di esonerare pertanto l'AMP Isole Pelagie ed i conducenti del mezzo nautico da qualsiasi responsabilità inerente lo svolgimento della visita.

Si allega alla presente:

- copia del documento di riconoscimento;
- copia del documento di riconoscimento dell'accompagnatore;
- copia del certificato medico attestante la disabilità.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

<b>SI / NON Rilascia</b>	Prot. n. ____ del _____
Vista la nota ed i relativi allegati si autorizza l'accompagnamento con il mezzo nautico dell'A.M.P. presso la Spiaggia dei Conigli in data _____	<b>DIRETTORE/PRESIDENTE DELL'AMP ISOLE PELAGIE</b>