



INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ACCIÓN SOCIAL MARÍTIMA
SERVICIO DE SANIDAD MARÍTIMA**SOLICITUD DE REVISIÓN PERIÓDICA DEL BOTIQUÍN DE A BORDO**

Don....., con
DNI/NIE/CIF/PASAPORTE*, en su calidad de armador/
capitán/ patrón,/responsable sanitario* de la embarcación que se detalla
al dorso, solicita la revisión periódica del botiquín de a bordo a efectuar en
la fecha comprendida entre los días y del mes de del
año

Lugar y fecha

Fdo.:

Los datos personales de este documento pasarán a formar parte de un Fichero informatizado autorizado por Orden TAS/762/2008 de 6 de marzo, por la que se crean y suprimen ficheros de datos de carácter personal gestionados por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social (BOE nº 69 de 20/03/2008) cuya titularidad corresponde al Instituto Social de la Marina. Conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito dirigido a la Dirección del ISM, Génova 20, 4ª planta. 28004 MADRID.



DATOS DEL BUQUE Y ARMADOR

Se debe rellenar la Tabla adjunta con los datos del buque. Si algo no procede táchese.

NIB(nº de identificación del buque)	
Nombre del buque:	
Puerto base:	
Tipo de buque:	
Actividad habitual del buque:	
Distancia de navegación a la costa:	
Tiempo de permanencia fuera del	
Número de tripulantes:	
Tipo de botiquín:	
Número de botes:	
Número de balsas salvavidas	
Autorización de transporte de mercancías peligrosas	
Nombre del armador, CIF-NIF y Domicilio completo Razón social de la empresa:	
Nombre con apellidos y teléfono de la persona de contacto de la empresa:	
RESPONSABLE SANITARIO	Nombre y apellidos:
	DNI:
	Nivel de formación sanitaria:
Puerto de revisión y localización en el	
Próximo puerto español de atraque:	
Fechas y horas previstas de llegada:	
Fechas y horas previstas de salida:	

Don, con DNI, en su calidad de armador/capitán/patrón/responsable sanitario(*) del buque, declara ser ciertos en todos sus términos los datos consignados anteriormente.

Lugar y fecha

Fdo:

* Táchese lo que no proceda