

Algarrobo, _____

SEÑOR
CAPITÁN DE PUERTO DE ALGARROBO

PRESENTE

Por intermedio de la presente solicito a Ud., tenga a bien disponer de el trámite de **OTORGAMIENTO**_____,**RENOVACIÓN**_____,de matrícula de SALVAVIDAS.

Para lo cual a continuación le informo mis datos personales:

Nombre Completo:_____
Cédula de Identidad N°:_____. Fecha Nacimiento:_____.
Color de ojos:_____. Color de pelo:_____. Grupo de sangre:_____.
Estado civil:_____. Nombre de Cónyuge:_____.
Estatura:_____. Peso:_____. Lugar nacimiento:_____.
Domicilio:_____.
Ciudad:_____. Correo Electrónico:_____.
Teléfono Fijo:_____. Teléfono Móvil:_____.
Nivel de enseñanza aprobada:_____.
Examen practico uso de aletas: SI_____ NO_____

1.- REQUISITOS GENERALES

- ___ Aprobar los exámenes de las asignaturas correspondientes.
- ___ Certificado Médico vigente con firma y timbre del especialista.
- ___ 02 fotografía de 2,5 X 2,5 cm. A colores con nombre y RUN fondo azul.
- ___ Fotocopia de Cédula de Identidad ambos lados.
- ___ Certificado de antecedentes
- ___ Certificado de estudios. (Solo otorgamiento)
- ___ Certificado de AFP, que acredite que no ha sido pensionado por invalidez

2.- OBSERVACIONES:

- Los documentos requeridos deben ser "**ORIGINALES**".
 - La recepción y entrega de documentos será de lunes a viernes de 09:00 a 12:30, en el mesón de atención a público.
 - Si los documentos solicitados están en orden, la LICENCIA se confeccionará previo pago de la OO.II. por otorgamiento.
 - Para ser retirada la documentación por terceros, se debe presentar una carta o poder notarial.
 - Pasado 6 meses de su emisión y no ha sido retirada se procederá a su incineración.
- Esperando una buena acogida se despide atentamente de Ud.,

FIRMA

Dirección General del Territorio Marítimo y de Marina Mercante
Avenida Algarrobo #2298 - Algarrobo
<http://www.directemar.cl>

ANEXO "B"

FORMULARIO DECLARACIÓN JURADA NOTARIAL

SEÑOR:
CAPITÁN DE PUERTO DE
PRESENTE

De mi consideración:

Yo, ..., Cédula de Identidad N°
(nombre completo)

con domicilio en, ..., declaro
voluntariamente que no soy perteneciente al Sistema Sistema de Administradora
de Fondos de Pensiones (AFP), ni al Instituto de Previsión Social (IPS) y
"no me encuentro en condición de invalidez incompatible con la vida humana en
el mar".

.....
Lugar y fecha de trámite

.....
FIRMA INTERESADO

ANEXO "A"
CERTIFICADO MÉDICO SIMPLE

EFFECTUADOS AL SR.: _____
CÉDULA DE IDENTIDAD N°: _____

	APTO	NO APTO
1.- EXAMINACIÓN DE CAPACIDAD VISUAL	☐	☐
2.- EXAMINACIÓN DEL NIVEL DE AUDICIÓN	☐	☐
3.- EXAMINACIÓN GENERAL	☐	☐
4.- GRUPO SANGUÍNEO _____		

- 1.- EL MÉDICO EXAMINADOR PODRÁ DISPONER LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS QUE ESTIME NECESARIOS PARA MEJOR RESOLVER.
2.- EL MÉDICO QUE SUSCRIBE, HABIENDO LEÍDO LAS INSTRUCCIONES DEL ANVERSO, CERTIFICA QUE, A LA VISTA DE LOS EXÁMENES REALIZADOS, EL PACIENTE ARRIBA INDIVIDUALIZADO TIENE SALUD:

COMPATIBLE CON EL DESEMPEÑO A BORDO: ☐

INCOMPATIBLE CON EL DESEMPEÑO A BORDO: ☐
(Concepto A BORDO no aplica para optar a Matrículas de Salvavidas)

NOMBRE Y FIRMA MÉDICO RESPONSABLE
RUT:
ICM:

YO _____ CONFIRMO QUE HE SIDO INFORMADO SOBRE EL CONTENIDO DEL PRESENTE CERTIFICADO, Y DEL DERECHO A SOLICITAR UNA REVISIÓN DEL PRESENTE DICTAMEN MÉDICO, CON ARREGLO A LO DISPUESTO EN LA NORMATIVA REGLAMENTARIA VIGENTE.

FIRMA EXAMINADO

PARÁMETROS A CONSIDERAR COMO "NORMALES" PARA LAS EVALUACIONES CITADAS ANTERIORMENTE, SERÁN LAS SIGUIENTES:

- OFTALMOLOGÍA : AGUDEZA VISUAL 20/60 EN EL MÁS DÉBIL Y 20/20 EN EL MEJOR, CORREGIBLE 20/25 EN EL MEJOR.
OTORRINOLARINGOLOGÍA : PTP NO SUPERIOR A 35 DB. EN CADA OÍDO Y DETERIORO AUDITIVO BILATERAL NO SUPERIOR AL 30%.

LUGAR Y FECHA: _____

- NOTAS:**
1.- EL CERTIFICADO SIN TIMBRE, FIRMA Y N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD DEL MÉDICO NO TIENE VALIDEZ.
2.- EL PRESENTE CERTIFICADO MÉDICO DEBE SER EXTENDIDO POR UN PROFESIONAL INSCRITO EN EL REGISTRO DE PRESTADORES INDIVIDUALES DE SALUD INCORPORADO EN LA PÁGINA WEB WWW.SUPERDESALUD.GOB.CL