INSTITUTO DE SOCORROS A NÁUFRAGOS

REGISTO DE SALVAMENTOS NAS PRAIAS

(a entregar mensalmente à autoridade marítima)

VISTO
Capitão do Porto / Delegado Marítimo

_____

_____/_____/_____

Capitania /Delegação Marítima_____ Mês _____Ano_____

Praia_____Concessionário (Nome)_____

Dia do Mês	Hora	Causa provável do Acidente	Ocupação do sinistrado no momento do acidente	Sinistrado		Zona		Salvamento							
				Idade	Sexo	Concessionada Sim / Não	Bandeira Içada	Feito por:			Com o dispositivo				
								N/S	outros	Identificação do Salvador	C/ Vara	C/ Cinto	C/ Esqui	Outro	Observações
	:														
	:														
	:														
	:														
	:														
	:														
	:														
	:														
	:														
	:														
	:														
	:														
	:														
	:														
	:														
	:														
	:														
	:														
	:														
	:														
	:														

O Concessionário:

_____