



**MINISTERO DELLE INFRASTRUTTURE E DEI TRASPORTI**  
**Ufficio Circondariale Marittimo di Marsala**

La presente scheda di rilevazione incidenti deve essere compilata e sottoscritta dai soggetti interessati e fatta pervenire, entro 24 ore dall'evento all'Ufficio in intestazione (anche via fax al numero 0923-951030 o all'indirizzo e-mail [marsala@guardiacostiera.it](mailto:marsala@guardiacostiera.it)) a cura dell'assistente bagnante che ha ricevuto la segnalazione e che ha attivato i soccorsi

**SCHEDA DI RILEVAZIONE INCIDENTI – ANNO \_\_\_\_\_**

STRUTTURA BALNEARE / SPIAGGIA LIBERA	
LOCALITA'	COMUNE
POSTAZIONE DI SOCCORSO	
DATA E ORA DELL'INTERVENTO	
LUOGO INTERVENTO	<input type="checkbox"/> SPIAGGIA <input type="checkbox"/> SCOGLIERA <input type="checkbox"/> MARE – distanza battigia metri.....
STATO DEL TEMPO	<input type="checkbox"/> BUONO <input type="checkbox"/> CATTIVO <input type="checkbox"/> VARIABILE TENDENTE AL MIGLIORAMENTO <input type="checkbox"/> VARIABILE TENDENTE AL PEGGIORAMENTO
STATO DEL MARE	<input type="checkbox"/> CALMO <input type="checkbox"/> POCO MOSSO <input type="checkbox"/> MOSSO <input type="checkbox"/> AGITATO
DATI ANAGRAFICI E GENERALI DELLA PERSONA ASSISTITA O SOCCORSA:	
COGNOME _____	NOME _____
DATA DI NASCITA _____	ETA' _____ SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F NAZIONALITA' _____
LUOGO DI NASCITA _____	( ) RESIDENZA _____ ( )
INDIRIZZO _____	
CAUSA INCIDENTE	<input type="checkbox"/> URTICAZIONE DA MEDUSA <input type="checkbox"/> PUNTURA DI PESCE <input type="checkbox"/> PUNTURA DI INSETTO <input type="checkbox"/> VOMITO <input type="checkbox"/> CRISI DI PANICO <input type="checkbox"/> EMORRAGIA <input type="checkbox"/> CONVULSIONI <input type="checkbox"/> ALTRO..... <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TRAUMA (specificare parte del corpo .....) <input type="checkbox"/> ANNEGAMENTO <input type="checkbox"/> SVENIMENTO <input type="checkbox"/> CONGESTIONE <input type="checkbox"/> FERITA DA TAGLIO <input type="checkbox"/> DOLORE AL TORACE <input type="checkbox"/> DOLORE ALL'ADDOME	
ORGANIZZAZIONE DI SOCCORSO ALLERTATA:	<input type="checkbox"/> GUARDIA COSTIERA <input type="checkbox"/> 118 <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare) ..... .....
USO NUMERO BLU 1530: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
TIPOLOGIA INTERVENTO EFFETTUATO	ESITO INTERVENTO
ANNOTAZIONI	Assistente/i bagnanti compilatore/i