



## CONSENSO ALL'UTILIZZO DELL'ELISUPERFICIE OSPEDALE DI CAVALESE

### Autorizzazione giornaliera

(inoltrare a mezzo fax al numero 0461/904738)

#### PARTE 1

Il richiedente/ pilota.....  
Società.....  
Indirizzo.....  
Telefono / Fax .....

Il sottoscritto dott. Marco Fozzer, gestore dell'elisuperficie ospedale di Cavalese, **comunica** che le caratteristiche della stessa sono:

Nominativo: FIEMME

Località: Presidio ospedaliero, Cavalese

Forma: Circolare con diametro 26m

Posizione: Al suolo

Portata in esercizio: 8 ton

Classe antincendio: -

Coordinate: 46°17'17"N 011°27'22"E

Elevazione: 979m AMSL

Attività: Servizio medico di emergenza con elicotteri (HEMS) e protezione civile

Operatività: Diurna e notturna

Rotta di approdo: 230° e 050° (preferenziale)

Rotta di decollo: 050° e 230° (preferenziale)

Note: Assistenza radio non fornita

**da il consenso** all'utilizzo dell'elisuperficie a condizione che il richiedente firmi e inoltri il seguente fax in segno di:

- presa d'atto delle caratteristiche dell'elisuperficie;
- presa d'atto di aver ricevuto tutte le informazioni necessarie per la buona esecuzione dell'attività (anche tramite il sito internet [www.aeroportocaproni.it](http://www.aeroportocaproni.it));
- impegno ad inoltrare il presente fax con la PARTE 1 debitamente compilata almeno 24 ore prima dell'attività;
- impegno ad inoltrare il presente fax con la PARTE 2 debitamente compilata entro 24 ore dall'attività;
- impegno al rispetto delle norme procedurali stabilite dalla legge.



**TRENTINO TRASPORTI**

**Dati stimati del volo:**

Data delle operazioni:

Marche velivolo:

Tipo:

Tipo di attività:

Ora di atterraggio:

Ora di decollo:

PIC:

PIC:

Persone a bordo:

Persone a Bordo:

Provenienza:

Destinazione:

Data.....

Il richiedente  
(timbro e firma leggibile)

L'Unità Operativa Trentino Emergenza ricevuto il fax del richiedente lo invia al Gestore via fax al numero 0461/1739437

Data.....

Visto operatore 118  
(timbro e firma leggibile)



**CONFERMA DATI VOLO SULL'ELISUPERFICIE OSPEDALE DI CAVALESE**

**Autorizzazione giornaliera**

(inoltrare a mezzo fax al numero 0461/1739437)

PARTE 2 (da compilare dopo il volo)

Data delle operazioni:

Marche velivolo:

Tipo:

Tipo di attività:

Ora di atterraggio:

Ora di decollo:

PIC:

PIC:

Persone a bordo:

Persone a Bordo:

Provenienza:

Destinazione:

Data.....

Il richiedente  
(timbro e firma leggibile)