

MOD 01	RICHIESTA DI INFORMAZIONI PER POTER ACCEDERE ALL'ATTIVITÀ SUBACQUEA RICREATIVA (in apnea, con autorespiratore e/o tecnica) e PROFESSIONALE	Rev.1 2020
-----------	---	---------------

Questionario da compilare a cura del subacqueo maggiorenne o di entrambi i genitori, in caso di minorenni

INFORMAZIONI GENERALI

Il sottoscritto _____, nato il ____ . ____ . _____,
a _____ (____), residente in _____ (____),
via _____ identificato a mezzo _____ nr. _____,
rilasciato da _____ in data ____ . ____ . _____,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di non essere stato sottoposto alla misura della quarantena per il COVID-19
- di non essere risultato positivo al COVID-19
- di non aver avuto contatti con soggetti positivi al COVID-19 senza i DPI prescritti nei protocolli OMS, ISS, aziendali
- di non essere stato ricoverato in ospedale con (o a causa) di sintomi polmonari negli ultimi 3 mesi
- di non aver sofferto di gravi sintomi respiratori o estrema stanchezza/affaticamento a domicilio negli ultimi 3 mesi
- di non avere un test rapido sierologico positivo per IgM o IgG del COVID-19
- di essere in possesso di un certificato medico in corso di validità (si intende il certificato con validità annuale previsto dalla normativa vigente per l' idoneità medica all'attività sportiva agonistica o ricreativa)

SINTOMI SOGGETTIVI RECENTI

Negli ultimi 40 giorni hai accusato

Febbre > 37.5	NO	SI	Diarrea	NO	SI
Tosse secca	NO	SI	Mal di gola, gola infiammata	NO	SI
Dispnea, difficoltà respiratoria	NO	SI	Anosmia, non sentire gli odori	NO	SI
Mancanza di respiro	NO	SI	Ageusia, perdita del gusto	NO	SI
Astenia, debolezza	NO	SI	Raffreddore	NO	SI
Mialgie, dolori muscolari	NO	SI	Naso chiuso che cola	NO	SI
Polmonite	NO	SI	Malattia tromboembolica	NO	SI
Sintomi simil influenzali	NO	SI	Malattia trombotica	NO	SI

TERAPIE FARMACOLOGICHE

Negli ultimi mesi hai preso farmaci in modo costante	NO	SI
Attualmente faccio uso farmaci (pillole o bustine per os, inalatori o fiale per via intramuscolo o sottocutanea) o prodotti di erboristeria su prescrizione medica o "da banco"	NO	SI

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E MEDICI

Ti informiamo che i tuoi dati personali e quelli medici rientranti in particolari categorie di dati sono trattati nel rispetto della normativa UE 679/2016. Potrai trovare l'informativa dettagliata sul nostro sito o in allegato alla mail che ti abbiamo inviato. Il consenso al trattamento è necessario sia per gestire le attività e i servizi che eroghiamo e sia per garantire che ciò avvenga nel rispetto delle indicazioni di sicurezza fornite dalle Autorità Scientifiche e Sanitarie

Il sottoscritto dichiara

- Autorizzo
- non autorizzo

il trattamento **di dati medici** - particolari categorie di dati

Data firma del subacqueo se maggiorenne o di entrambi i genitori

Il sottoscritto dichiara altresì

- autorizzo
- non autorizzo

il trattamento **dei dati personali**

Data firma del subacqueo se maggiorenne o di entrambi i genitori

* * *

AUTORIZZAZIONE

MOD 01	AUTORIZZO AD EFFETTUARE SULLA MIA PERSONA DURANTE IL PERIODO DI PERMANENZA PRESSO LA STRUTTURA TEST SANITARI DI VERIFICA E MISURAZIONE DELLA TEMPERATURA DA PARTE DEI RESPONSABILI DELLE ATTIVITÀ NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA VIGENTE IN TEMA DI COVID-19	Rev.1 2020
-----------	---	---------------

Il sottoscritto dichiara altresì

- autorizzo
- non autorizzo

Data firma del subacqueo se maggiorenne o di entrambi i genitori