



# DICHIARAZIONE MEDICA / COVID-19



Leggi attentamente prima di firmare. Ti è richiesto di compilare questa ulteriore dichiarazione medica per partecipare ad un programma di addestramento subacqueo o a qualsiasi attività subacquea. Se sei minorenne, devi far firmare questa dichiarazione ad un genitore o tutore.

## QUESTIONARIO MEDICO PER SUBACQUEI

Lo scopo di questo questionario medico è di assicurarsi che tu sia idoneo all'immersione. Rispondi con un SÌ o un NO. Se non sei sicuro, rispondi SÌ. Una risposta affermativa indica una probabile condizione preesistente che potrebbe influire sulla tua sicurezza in immersione. Se uno o più aspetti indicati sotto si applicano a te, ti chiederemo di consultare un medico, preferibilmente uno specialista in medicina subacquea, prima di partecipare alle attività subacquee.

Nei 40 giorni precedenti alla compilazione di questo questionario medico:

1. SEI RISULTATO POSITIVO O PRESUMIBILMENTE POSITIVO AL COVID 19 (NUOVO CORONAVIRUS O SARS-COV2) O SEI STATO IDENTIFICATO COME POTENZIALE PORTATORE DEL CORONAVIRUS?  
 **SI**       **NO**
2. HAI AVUTO SINTOMI COMUNEMENTE ASSOCIATI AL COVID-19? (FEBBRE; TOSSE; AFFATICAMENTO O DOLORI MUSCOLARI; DIFFICOLTÀ RESPIRATORIE; MAL DI GOLA; INFEZIONI POLMONARI; MAL DI TESTA; PERDITA DEL GUSTO; DIARREA)?  
 **SI**       **NO**
3. HAI VISITATO LUOGHI DICHIARATI COME PERICOLOSI E/O A RISCHIO DI INFEZIONE DA COVID-19 DALLE AUTORITÀ SANITARIE O LEGISLATIVE COMPETENTI?  
 **SI**       **NO**
4. SEI STATO A DIRETTO CONTATTO O NELLE IMMEDIATE VICINANZE DI PERSONE RISULTATE POSITIVE O PRESUMIBILMENTE POSITIVE AL COVID-19?  
 **SI**       **NO**

Le informazioni che ho fornito sulla mia anamnesi sono accurate al massimo delle mie conoscenze. Accetto che ogni eventuale omissione nel comunicare dettagli relativi al mio stato di salute attuale o passato ricade nella mia responsabilità.

Accetto anche di informare Associazione Sportiva Dilettantistica Amici di Bolle riguardo ad eventuali sintomi che dovessi riscontrare anche dopo aver completato questa dichiarazione e/o dopo esser entrato in contatto con qualcuno che è risultato positivo al COVID-19 dopo la firma di questa dichiarazione.

Nome Completo

Data

Nome Completo del

Genitore/Tutore (se applicabile) Data

Firma

Firma

## DICHIARAZIONI AGGIUNTIVE / COVID-19

ACCONSENTO, se mi viene richiesto, ad indossare una mascherina protettiva durante la partecipazione a tutte le attività organizzate da Associazione Sportiva Dilettantistica Amici di Bolle, e ad adottare tutte le ragionevoli misure di prevenzione che mi potrebbero essere richieste da Associazione Sportiva Dilettantistica Amici di Bolle, o da qualsiasi autorità pubblica competente.

ACCONSENTO ad osservare tutte le istruzioni fornite da Associazione Sportiva Dilettantistica Amici di Bolle con lo scopo di ottemperare alle norme vigenti sulla prevenzione della trasmissione del virus, inclusa la necessità di sottoporsi alla misurazione della temperatura corporea, qualora mi fosse richiesto, prima di partecipare alle attività subacquee.

RICONOSCO e ACCONSENTO che questo questionario venga condiviso da Associazione Sportiva Dilettantistica Amici di Bolle con le autorità o fornitori di servizi competenti, con lo scopo di garantire la sicurezza di qualsiasi terza parte che possa essere stata a contatto con me prima, durante o dopo le svolgimento delle attività subacquee.

Nome Completo

Data

Nome Completo del

Genitore/Tutore (se applicabile) Data

Firma

Firma

# INFORMATIVA PRIVACY



Ti informiamo che i tuoi dati personali e quelli medici rientranti in particolari categorie di dati sono trattati nel rispetto della normativa dell'Unione Europea G.D.P.R. n°679/2016.

L'informativa ti è stata sottoposta all'atto della richiesta di adesione all'Associazione. È possibile richiederne una copia in qualunque momento.

Il consenso al trattamento dei dati è necessario sia per gestire le attività ed i servizi che eroghiamo sia per garantire che ciò avvenga nel rispetto delle indicazioni fornite dalle Autorità.

AUTORIZZO il trattamento di dati medici - particolari categorie di dati

Nome Completo

Data

Firma

Nome Completo del  
Genitore/Tutore (se applicabile) Data

Firma

AUTORIZZO il trattamento di dati personali

Nome Completo

Data

Firma

Nome Completo del  
Genitore/Tutore (se applicabile) Data

Firma