



MOD 01	RICHIESTA DI INFORMAZIONI PER POTER ACCEDERE ALL'ATTIVITA' SUBACQUEA RICREATIVA e PROFESSIONALE (in apnea, con autorespiratore/SCR/CCR e/o tecnica)	REV.1 2021
-----------	--	---------------

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

Il sottoscritto nato il

a (Prov.) ,

residente in città

Via tel

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 ICG 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	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Diarrea	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Tosse secca	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Mal di gola, gola infiammata	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Dispnea, difficoltà respiratoria	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Anosmia, non sentire dolori	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Mancanza di respiro	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Ageusia, perdita del gusto	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Astenia, debolezza	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Raffreddore	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Mialgie, dolori muscolari	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Naso chiuso che cola	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Polmonite	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Malattia tromboembolica	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Sintomi simili influenzali	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Malattia trombotica	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

TERAPIE FARMACOLOGICHE

Negli ultimi mesi hai preso farmaci in modo costante?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Attualmente faccio uso di farmaci (pillole o bustine per os, inalatori o fiale per via intramuscolo o sottocutanea) o prodotti di erboristeria su prescrizione medica o "da banco"	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 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 dall'Autorità Scientifiche e Sanitaria

Il sottoscritto dichiara

- Autorizzo
 Non autorizzo

Il trattamento di dati medici – particolari categorie di dati

Data Firma (del subacqueo o di entrambi i genitori se minore)

Il sottoscritto dichiara altresì

- Autorizzo
 Non autorizzo

Il trattamento dei dati personali

Data Firma (del subacqueo o di entrambi i genitori se minore)

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 ATTIVITA' NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA VIGENTE IN TEMA DI COVID-19	REV.1 2021
-----------	---	---------------

Il sottoscritto dichiara altresì

- Autorizzo
 Non autorizzo

Il trattamento dei dati personali

Data Firma (del subacqueo o di entrambi i genitori se minore)