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 ELEVATO 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 il Dive'n Sail 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 Dive'n Sail, e ad adottare tutte le ragionevoli misure di prevenzione che mi potrebbero essere richieste da Dive'n Sail, o da qualsiasi autorità pubblica competente.

☐ ACCONSENTO ad osservare tutte le istruzioni fornite da Dive'n Sail 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 Dive'n Sail 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