



## SCHEMA DI ADDESTRAMENTO AI CORSI DI PESCA IN APNEA

Nome Allievo:

---

Data di nascita

Indirizzo

---

Telefono

Fax

Cellulare

E-Mail

---

In caso di emergenza contattare

Parentela

---

Indirizzo

Telefono

---

Nome istruttore e numero:

---

Nome circolo, associazione:

---

Richiesta brevetto

---

Firma

.....

Data.....

## Dichiarazione di comprensione

Il / la sottoscritt.....  
Nat..a.....il.....  
Residente in..... provincia .....  
Via o piazza.....n°.....cap.....  
Tel.....Cell.....E-mail.....  
Intende iscriversi al corso di pesca in apnea tenuto dall'istruttore  
.....n°.....della  
società .....

Prende atto:

- 1) Di essere a conoscenza delle responsabilità del mio istruttore, per la tutela della mia sicurezza;
- 2) Di conoscere le responsabilità contrattuali di entrambe le parti;
- 3) Di rispettare il programma formativo Federale e quanto suggerito dal mio istruttore per la tutela della mia sicurezza;
- 4) Di non commettere azioni che possano mettere in pericolo la mia persona o altri.

In relazione a quanto sopra, il / la sottoscritto/a solleva l'istruttore per tutta la durata del corso da ogni responsabilità per azioni al di fuori degli standard di sicurezza o causate per una mia negligenza o imperizia.

Il / la sottoscritto/a si impegna inoltre a curare l'attrezzatura fornita per il corso e a restituirla integra alla fine.

### ***AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI***

Il/La sottoscritto/a ..... acquisite le informazioni di cui agli articoli 10, 11 e 13 della Legge 675/96 e successive modificazioni/integrazioni, autorizza e acconsente che i dati forniti – in particolare il recapito telefonico e l'indirizzo di posta elettronica – siano oggetto di trattamento nel rispetto dell'autorizzazione n° 1/1977 del Garante per la protezione dei dati personali (G.U. 272/97)

Allievo.....

## Autocertificazione

Con la presente autocertificazione..l..sottoscritt.....  
Dichiara che tutte le voci di sotto riportate e marcate corrispondono alla verità:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Precedenti esperienze subacquee                | <input type="checkbox"/> Forti e frequenti mal di testa     |
| <input type="checkbox"/> Recenti operazioni o malattie                  | <input type="checkbox"/> Infezioni alle orecchie            |
| <input type="checkbox"/> Pratica di sport attivi                        | <input type="checkbox"/> Febbre da fieno                    |
| <input type="checkbox"/> Ricovero in ospedale                           | <input type="checkbox"/> Problemi ai seni frontali          |
| <input type="checkbox"/> Difficoltà nella compensazione                 | <input type="checkbox"/> Asma                               |
| <input type="checkbox"/> Malattie gravi                                 | <input type="checkbox"/> Tubercolosi                        |
| <input type="checkbox"/> Problemi mentali o d emotivi                   | <input type="checkbox"/> Problemi respiratori               |
| <input type="checkbox"/> Handicap fisico                                | <input type="checkbox"/> Tossi persistenti                  |
| <input type="checkbox"/> Vertigini o svenimenti                         | <input type="checkbox"/> Difficoltà nella respirazione      |
| <input type="checkbox"/> Medicine abituali                              | <input type="checkbox"/> Fumo                               |
| <input type="checkbox"/> Allergie, includere i medicinali               | <input type="checkbox"/> Collasso                           |
| <input type="checkbox"/> Epilessia                                      | <input type="checkbox"/> Diabete                            |
| <input type="checkbox"/> Alcolismo                                      | <input type="checkbox"/> Occhiali o lenti a contatto        |
| <input type="checkbox"/> Respinto da qualche attività per motivi medici | <input type="checkbox"/> Problemi di udito                  |
| <input type="checkbox"/> Problemi cardiaci                              | <input type="checkbox"/> Dolori al torace                   |
| <input type="checkbox"/> Frequenti raffreddori e mal di gola            | <input type="checkbox"/> Altri problemi medici non elencati |
| <input type="checkbox"/> Mal di mare, aria, auto                        | <input type="checkbox"/> Claustrofobia                      |

Elencare tutti gli incidenti gravi, le cure ricevute e le medicine abituali:

.....  
.....

Elencare le medicine che si stanno assumendo e perché: .....

.....

Data            ultimo            esame            medico            ed            accertamenti            effettuati:

.....

Io ..... dichiaro che quanto sopra  
corrisponde alla verità.

Allievo.....

Istruttore.....

Data.....

