

## SCHEDA CLIENTE

Nome e cognome ..... Nato/a a .....

Il ..... Domiciliato/a a ..... Via ..... n°.....

Tel ..... e-mail .....

Professione .....

Titolare del brevetto subacqueo di livello ..... n° .....

Rilasciato da ..... nell'anno .....

Immersioni complessivamente effettuate n° ..... ultima immersione effettuata .....

Come sei venuto a conoscenza del diving? .....

	Singola	Full day	Noleggio	Ricariche	Alloggio	Varie
Lunedì						
Martedì						
Mercoledì						
Giovedì						
Venerdì						
Sabato						
Domenica						

### Chiedo

Di usufruire del Vostro servizio tecnico logistico al fine di effettuare immersioni subacquee con autorespiratore. Come servizio di supporto tecnico logistico intendo esclusivamente il trasporto con un mezzo nautico sul sito di immersione concordemente scelto, l'assistenza alle procedure di ingresso e di uscita in acqua con esclusione di ogni Vostra interferenza nella conduzione dell'immersione e nelle fasi successive. Di conseguenza sarò esclusivamente responsabile per l'attività effettuata sott'acqua e per la scelta dei compagni d'immersione; dichiaro: di essere consapevole che essa può comportare malattia da decompressione, embolia gassosa arteriosa oltre ad altre lesioni iperbariche; di non avere problemi cardiaci, raffreddore o costipazione in atto, epilessia, asma, o altre malattie per cui è controindicata o sconsigliata l'attività subacquea; di non essere sotto l'influenza di alcol o droghe o di altri medicinali incompatibili con l'attività subacquea; di aver effettuato una visita medica ai fini di verificare la mia idoneità fisica all'immersione per il tipo di immersione che intendo effettuare e di avere tutti i necessari requisiti di addestramento e/o esperienza; di possedere adeguata attrezzatura subacquea e di aver verificato e trovato idonea all'uso quella da me noleggiata, compresi i gas respiratori usati. Mi obbligo altresì a rispettare la normativa in materia, ivi comprese le ordinanze della Capitaneria, che dichiaro di conoscere integralmente, e a condurre l'immersione senza uscire dai limiti di esperienza, addestrativi e di comfort. Inoltre, ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003, nonché all'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), presto il mio consenso al trattamento dei miei dati personali di parte di Argentario Divers ed eventuale comunicazione a terzi esclusivamente per le finalità relative all'espletamento del servizio richiesto, che altrimenti non potrebbe essere fornito.

Porto Ercole, lì ..... Firma .....

Autorizzo altresì il trattamento dei miei dati personali da parte di Argentario Divers per la comunicazione di iniziative promozionali e di marketing da esso svolte o patrocinate.

Porto Ercole, lì ..... Firma .....

### ESCLUSIVAMENTE per utilizzo di miscele

Dichiaro di essere in possesso di un brevetto che consenta le immersioni con l'utilizzo di miscele di gas differenti dall'aria; dichiaro altresì di aver personalmente ed opportunamente analizzato ed etichettato la bombola prima dell'utilizzo e di aver correttamente programmato l'immersione definendo durata e profondità massima.

La miscela analizzata corrisponde a:

EAN x (% O<sub>2</sub>) ..... MOD .....

TRIMIX (% O<sub>2</sub>, % He) ..... MOD .....

Porto Ercole, lì ..... Firma .....

## 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 assicurare 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?  
 SÌ     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)?  
 SÌ     NO
3. HAI VISITATO LUOGHI DICHIARATI COME PERICOLOSI E/O A RISCHIO DI INFEZIONE DA COVID-19 DALLE AUTORITÀ SANITARIE O LEGISLATIVE COMPETENTI?  
 SÌ     NO
4. SEI STATO A DIRETTO CONTATTO O NELLE IMMEDIATE VICINANZE DI PERSONE RISULTATE POSITIVE O PRESUMIBILMENTE POSITIVE AL COVID-19?  
 SÌ     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 Argentario Divers riguardo ad eventuali sintomi che dovessi riscontrare anche dopo aver compilato questa dichiarazione e/o dopo essere 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	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 Argentario Divers, e ad adottare tutte le ragionevoli misure di prevenzione che mi potrebbero essere richieste da Argentario Divers, o da qualsiasi autorità pubblica competente.
- ACCONSENTO ad osservare tutte le restrizioni fornite da Argentario Divers 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 Argentario Divers 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 lo svolgimento delle attività subacquee.

Nome completo	Data	Nome completo del genitore/tutore	Data
.....	.....	.....	.....
Firma		Firma	
.....		.....	