

## ***Benvenuto presso il Deep Ocean Blue Diving Center***

Per il check-in abbiamo bisogno di alcune informazioni da voi:

Nome: \_\_\_\_\_ cognome: \_\_\_\_\_

indirizzo: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ nazionalita: \_\_\_\_\_

numero di telefono: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Data di arrivo: \_\_\_\_\_ data di partenza: \_\_\_\_\_

Numero della camera: \_\_\_\_\_

Certificazione: \_\_\_\_\_ numero di immersioni: \_\_\_\_\_

Ultima immersione: \_\_\_\_\_

**Grazie!**

---

Check for the Dive Center:

Check certification: \_\_\_\_\_

Passport copies: \_\_\_\_\_

Check medical statement: \_\_\_\_\_

Check Liability Release: \_\_\_\_\_

## Modulo medico-subacqueo | Questionario per il partecipante

L'attività d'immersione ricreativa, con autorespiratore o in apnea, richiede una buona salute fisica e mentale. Di seguito sono riportate delle condizioni mediche che possono essere rischiose durante l'immersione. Coloro che hanno una o più di queste condizioni, o vi sono predisposti, dovrebbero essere visitati da un medico. Il presente modulo medico-subacqueo (questionario per il partecipante) fornisce una base per determinare la necessità o meno di sottoporsi a tale visita medica. Se si nutrono delle preoccupazioni circa la propria idoneità all'attività d'immersione su condizioni mediche non rappresentate in questo modulo, si raccomanda di consultare il proprio medico prima di immergersi. Se non ti senti bene, evita di immergerti. Se pensi che potresti aver contratto una malattia infettiva, proteggiti te stesso e gli altri non partecipando all'addestramento e/o ad altre attività d'immersione. In questo modulo, la parola "subacquea" indica l'immersione tanto con autorespiratore quanto in apnea. Questo modulo è concepito principalmente come un'iniziale indagine medica rivolta ai nuovi subacquei, ma è indicato anche per i subacquei che stanno continuando la propria formazione. Per la tua sicurezza e quella di chi si immerge con te, rispondi a tutte le domande in modo veritiero.

### Istruzioni

**Completa il seguente questionario come prerequisito al corso di subacquea con autorespiratore o in apnea.**

**Nota per le donne:** se sei incinta o stai provando a restare incinta, non immergerti.

1	Ho avuto problemi a livello polmonare, respiratorio, cardiaco e/o ematologico che hanno influenzato le mie normali prestazioni fisiche o mentali.	Sì <input type="checkbox"/> Vai al box <b>A</b>	No <input type="checkbox"/>
2	Ho più di 45 anni.	Sì <input type="checkbox"/> Vai al box <b>B</b>	No <input type="checkbox"/>
3	Fatico a svolgere esercizio fisico moderato (ad esempio, camminare 1,6 km in 14 minuti o nuotare per 200 metri senza riposare), OPPURE non sono stato in grado di prendere parte a una normale attività fisica per ragioni di forma fisica o salute negli ultimi 12 mesi.	Sì <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
4	Ho avuto problemi agli occhi, alle orecchie o ai seni paranasali.	Sì <input type="checkbox"/> Vai al box <b>C</b>	No <input type="checkbox"/>
5	Ho subito un'operazione negli ultimi 12 mesi, OPPURE ho tuttora problemi dovuti a un passato intervento chirurgico.	Sì <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
6	Ho perso conoscenza, avuto emicranie, crisi epilettiche, ictus, traumi cranici importanti, o ho una malattia a decorso cronico a livello neurologico.	Sì <input type="checkbox"/> Vai al box <b>D</b>	No <input type="checkbox"/>
7	Sono attualmente in terapia (o ho avuto bisogno di una terapia negli ultimi 5 anni) per problemi psicologici, disturbi della personalità, attacchi di panico, o per una dipendenza da droghe o alcol; o mi è stato diagnosticato un disturbo dell'apprendimento o dello sviluppo.	Sì <input type="checkbox"/> Vai al box <b>E</b>	No <input type="checkbox"/>
8	Ho avuto problemi di schiena, ernie, ulcere o diabete.	Sì <input type="checkbox"/> Vai al box <b>F</b>	No <input type="checkbox"/>
9	Ho avuto problemi gastrici o intestinali, compresa recente diarrea.	Sì <input type="checkbox"/> Vai al box <b>G</b>	No <input type="checkbox"/>
10	Sto assumendo medicinali soggetti a prescrizione medica (esclusi farmaci anticoncezionali o antimalarici diversi dalla meflochina (Lariam)).	Sì <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>

### Firma del partecipante

**Se hai risposto NO** a ciascuna delle 10 domande in alto, non è richiesta una visita medica. Per favore, leggi e accetta la sottostante dichiarazione del partecipante firmandola e datandola.

**Dichiarazione del partecipante:** ho risposto a tutte le domande in modo veritiero e comprendo di accettare la responsabilità per qualsiasi conseguenza derivante dal non aver risposto correttamente a una qualsiasi delle domande o per non aver rivelato condizioni mediche attuali o passate.

\_\_\_\_\_

Firma del partecipante (o, se minore, del genitore o tutore del partecipante)

\_\_\_\_\_

Data (gg/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_

Nome del partecipante (leggibile)

\_\_\_\_\_

Data di nascita (gg/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_

Nome dell'Istruttore (leggibile)

\_\_\_\_\_

Nome della struttura (leggibile)

\* **Se hai risposto SÌ** alle domande 3, 5 o 10 **OPPURE** a una qualsiasi delle domande di pagina 2, per favore leggi e accetta la dichiarazione in alto firmandola e datandola **E porta le tre pagine di questo modulo (il Questionario del Partecipante e il Modulo di Valutazione del Medico) al tuo medico** per una valutazione. La partecipazione al corso subacqueo richiede l'approvazione del tuo medico.

**Modulo medico-subacqueo** | Seguito del questionario del partecipante

<b>BOX A - HO / HO AVUTO:</b>		
Un intervento chirurgico al torace, al cuore, alle valvole cardiache, un dispositivo medico impiantabile (ad es., stent, pacemaker, neurostimolatore) o uno pneumotorace (polmone collassato)..	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Asma, dispnea, allergie gravi, febbre da fieno o vie aeree congestionate negli ultimi 12 mesi che limitano la mia attività/esercizio fisico.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Un problema o malattia riguardante il mio cuore come: angina, dolore al petto quando sotto sforzo, insufficienza cardiaca, edema polmonare da immersione, attacco di cuore o ictus, OPPURE sto assumendo farmaci per una qualsivoglia condizione cardiaca.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Bronchite ricorrente e tuttora tosse negli ultimi 12 mesi, OPPURE mi è stato diagnosticato un enfisema.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Sintomi che hanno riguardato i polmoni, la respirazione, il cuore e/o il sangue negli ultimi 30 giorni, tali da limitare le mie prestazioni fisiche o mentali.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
<b>BOX B - HO PIÙ DI 45 ANNI E:</b>		
Fumo o inalo nicotina in altri modi.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Ho un livello alto di colesterolo.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Ho pressione arteriosa alta.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Un mio stretto consanguineo è morto improvvisamente per malattia cardiaca o ictus prima dei 50 anni di età, OPPURE ho una storia familiare di malattie cardiache prima dei 50 anni di età (inclusi ritmo cardiaco anormale, patologia coronarica o cardiomiopatia).	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
<b>BOX C - HO / HO AVUTO:</b>		
Un intervento chirurgico ai seni paranasali negli ultimi 6 mesi.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Una patologia auricolare o un'operazione chirurgica all'orecchio, perdita di udito o problemi di equilibrio.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Sinusite ricorrente negli ultimi 12 mesi.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Intervento di chirurgia a livello oculare negli ultimi 3 mesi.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
<b>BOX D - HO / HO AVUTO:</b>		
Un trauma cranico con perdita di coscienza negli ultimi 5 anni.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Una patologia neurologica cronica.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Emicrania ricorrente negli ultimi 12 mesi o assumo farmaci per prevenirla.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Perdita di sensi o svenimenti (totale/parziale perdita di coscienza) negli ultimi 5 anni.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Epilessia, uno o più episodi di crisi convulsive, OPPURE assumo farmaci per prevenirli.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
<b>BOX E - HO / HO AVUTO:</b>		
Problemi comportamentali, mentali o psicologici che richiedono terapia medica/psichiatrica.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Forte depressione, idee suicidarie, attacchi di panico, disturbo bipolare non controllato che richiede terapia farmacologica/psichiatrica.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Una diagnosi di malattia mentale o di disturbo dell'apprendimento/sviluppo che richiede una cura continua o speciali adattamenti.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Una dipendenza da droghe o alcol che richiede terapia negli ultimi 5 anni.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
<b>BOX F - HO / HO AVUTO:</b>		
Problemi di schiena ricorrenti negli ultimi 6 mesi che limitano la mia vita quotidiana.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Un intervento chirurgico alla schiena o alla colonna vertebrale negli ultimi 12 mesi.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Diabete, controllato mediante farmaci o dieta, OPPURE diabete gestazionale negli ultimi 12 mesi.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Un'ernia non corretta che limita le mie abilità fisiche.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Ulcere attive o non trattate, problematiche di cicatrizzazione o un'operazione per ulcera negli ultimi 6 mesi.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
<b>BOX G - HO AVUTO:</b>		
Un intervento di stomia e non ho l'autorizzazione medica per nuotare o praticare attività fisica.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Disidratazione tale da richiedere intervento medico negli ultimi 7 giorni.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Ulcere gastriche o intestinali attive non curate o un'operazione per ulcera negli ultimi 6 mesi.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Frequente bruciore di stomaco, rigurgito o malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE).	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Patologia quale Rettocolite ulcerosa o morbo di Crohn attiva o non controllata.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Un intervento di chirurgia bariatrica negli ultimi 12 mesi.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>



## Informativa sulle attività commerciali e relativa accettazione

I Paesi dell'Unione Europea e dell'Associazione europea di libero scambio usano un modulo alternativo.

**Per favore leggere attentamente e compilare tutti gli appositi spazi prima di firmare.**

Comprendo e concordo che i PADI Member ("Membri"), inclusi \_\_\_\_\_ (negozi/resort) e/o qualsiasi PADI Instructor e Divemaster individuali associati al programma al quale sto partecipando sono autorizzati ad usare vari Marchi commerciali PADI e a condurre addestramento PADI, ma non sono agenti, dipendenti né concessionari di PADI Americas, Inc., né delle sue aziende madri, sussidiarie e affiliate ("PADI"). Comprendo inoltre che le attività commerciali dei Membri sono indipendenti, e non sono né possedute né operate da PADI e che, sebbene PADI stabilisca gli standard dei Membri Comprendo inoltre e concordo a nome mio, dei miei eredi e del mio asse ereditario che se dovessero verificarsi una lesione o il decesso durante questa attività, né io né il mio asse ereditario cercheremo di ritenere PADI responsabile per le azioni, le mancate azioni o la negligenza di \_\_\_\_\_ (negozi/resort) e/o degli Instructor e Divemaster associati all'attività.

## Accordo per la liberatoria di responsabilità e per l'assunzione di rischio

I Paesi dell'Unione Europea e dell'Associazione europea di libero scambio usano un modulo alternativo.

**Per favore leggere attentamente e compilare tutti gli appositi spazi prima di firmare.**

Io, \_\_\_\_\_ Nome del Partecipante \_\_\_\_\_, con la presente affermo che sono consapevole che il nuoto subacqueo senza attrezzature e l'immersione comportano rischi inerenti che potrebbero risultare in infortunio serio o morte.

Io capisco che l'immersione con bombole di aria compressa coinvolge certi rischi inerenti; compresi ma non limitati a malattia da decompressione, embolia o altro infortunio da espansione iperbarica/aria che richiede trattamento in una camera di ricompressione. Io inoltre capisco che le escursioni subacquee in acque libere sono necessarie per l'addestramento e per la certificazione, e possono essere guidate presso un sito remoto, o in termini di tempo o di distanza o entrambi, da una tale camera di ricompressione.

Io capisco e consento che nessuno dei miei istruttori, \_\_\_\_\_, la struttura tramite cui svolgo il mio corso, \_\_\_\_\_, né PADI Americas, Inc. né la sua affiliata e società controllate, né alcuno dei suoi i rispettivi impiegati, responsabili, agenti, contraenti o risorse assegnate / delegati (qui di seguito riferito a "Parti Liberate") possano essere ritenuti colpevoli o responsabili in ogni modo per qualsiasi infortunio, morte o altri danni a me, la mia famiglia, patrimonio, eredi, o persone assegnate che possano succedere a causa della negligenza di qualsiasi parte, compreso le Parti Liberate, sia passive che attive.

In considerazione del permesso concessomi di partecipare a questo corso (ed Adventure Dive opzionale), qui di seguito riferito come "programma," con la presente mi assumo personalmente tutti i rischi di questo programma, sia previsti che imprevisi, cui possa essere esposto mentre partecipo a questo programma compreso, ma non limitato a, le lezioni teoriche e le attività in acque confinate e/o libere.

Io inoltre libero, esonero e ritengo innocuo tale programma e le Parti Liberate da qualsiasi rivendicazione o causa legale da parte mia, della mia famiglia, patrimonio, eredi o delegati, che possa sorgere dalla mia iscrizione e partecipazione in questo programma, comprese le rivendicazioni di risarcimento che possano sorgere durante il programma o dopo la mia certificazione.

Io capisco anche che il nuoto subacqueo senza attrezzature e l'immersione ( o scuba diving) sono attività fisicamente faticose e che durante questo programma mi eserciterò, e che qualora mi infortunassi a causa di un attacco di cuore, panico, iperventilazione, annegamento o qualsiasi altra causa, che io mi assumo espressamente il rischio di tali infortuni e che io non riterrò le Parti Liberate responsabili per lo stesso.

Io inoltre affermo di essere maggiorenne e legalmente capace di firmare questa liberatoria, o di aver acquisito il consenso scritto di almeno uno dei miei genitori o di un tutore. Capisco che i termini qui descritti sono contrattuali e non una mera recita, e che ho firmato questo Accordo di mia propria e libera volontà e con la consapevolezza che, con la presente, acconsento a rinunciare ai miei diritti legali. Inoltre, qualora si trovasse che una qualsiasi clausola di questo Accordo non è attuabile o valida, io acconsento che detta clausola venga rimossa dall'Accordo. Il resto di questo Accordo sarà poi interpretato come se la clausola non attuabile non vi fosse mai stata contenuta.

Io capisco e consento che non solo rinuncio al mio diritto di fare causa alle Parti Liberate, ma anche a qualsiasi diritto che i miei eredi, delegati, persone assegnate o beneficiari possano avere di far causa alle Parti Liberate a seguito della mia morte. Io inoltre confermo che ho l'autorità per fare questo e che i miei eredi, delegati, persone assegnate, o beneficiari si asterranno da qualsiasi richiesta a causa delle mie conferma di liberatoria delle Parti Liberate.

IO, \_\_\_\_\_ Nome del Partecipante \_\_\_\_\_ TRAMITE QUESTO DOCUMENTO CONCORDO NEL SOLLEVARE DA QUALSIASI RESPONSABILITÀ I MIEI ISTRUTTORI, \_\_\_\_\_, LA STRUTTURA NELLA QUALE SVOLGO IL MIO CORSO, \_\_\_\_\_, E PADI AMERICAS, INC., E TUTTE LE ENTITÀ AD ESSA CORRELATE COME DEFINITO SOPRA, DA QUALSIASI RESPONSABILITÀ PER INFORTUNIO PERSONALE, DANNO A PROPRIETÀ, O MORTE INGIUSTAMENTE CAUSATO IN QUALSIASI MODO, COMPRESO MA NON LIMITATO ALLA NEGLIGENZA DELLE PARTI LIBERATE, SIA PASSIVE CHE ATTIVE.

**SONO COMPLETAMENTE INFORMATO SIA NELLA MIA PERSONA, CHE I MIEI EREDI DEI CONTENUTI DI QUEST'ACCORDO PER LA LIBERATORIA DI RESPONSABILITÀ E PER L'ASSUNZIONE DI RISCHIO TRAMITE LA LETTURA PRIMA DI AVER APPOSTO LA FIRMA PER CONTO DI ME STESSO E DEI MIEI EREDI.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Partecipante

\_\_\_\_\_  
Data (Giorno/ Mese / Anno)

\_\_\_\_\_  
Firma del Genitore o del Tutore Garante (dove applicabile)

\_\_\_\_\_  
Data (Giorno/ Mese / Anno)



**PADI**

## Standard Safe Diving Practices Statement of Understanding

Dichiarazione di comprensione delle norme per le immersioni in sicurezza

### Per favore leggere attentamente prima di firmare.

Questa è una dichiarazione con la quale voi siete informati sulle norme stabilite per la sicurezza dell'immersione in apnea e con autorespiratore. Queste norme sono state compilate per vostra conoscenza e ripasso, con l'intenzione di aumentare la vostra sicurezza e comfort durante le immersioni. La vostra firma su questa dichiarazione è necessaria per dare prova che voi siete a conoscenza di queste regole di sicurezza. Leggete e discutete questa dichiarazione prima di firmarla. Se siete minorenni questo modulo deve essere firmato anche da un genitore o tutore

Io sottoscritto, \_\_\_\_\_ (Nome in stampatello) \_\_\_\_\_, capisco che come subacqueo devo:

1. Mantenere una buona forma mentale e fisica per l'immersione. Evitare di trovarmi sotto l'influenza di alcool o farmaci (pericolosi), durante l'immersione. Mantenermi allenato nelle mie capacità di subacqueo, sforzandomi di accrescerle con una progressiva istruzione e dopo un periodo di inattività controllare il mio addestramento in condizione di sicurezza e, per restare aggiornato e ripassare ogni informazione importante, fare riferimento ai miei materiali del corso.
2. Essere pratico dei luoghi in cui mi immergo, o procurarmi informazioni che mi orientino sull'immersione, da una fonte locale ben informata. Se le condizioni per l'immersione sono peggiori di quelle in cui ho avuto esperienza, rimandare l'immersione o selezionare un sito alternativo con condizioni migliori. Impegnarmi solo nelle attività subacquee compatibili con la mia preparazione ed esperienza. Non intraprendere immersioni tecniche od in grotta senza aver ricevuto uno specifico addestramento.
3. Usare un'attrezzatura completa, ben tenuta, affidabile e di cui sono pratico, controllarne l'efficienza e lo stato prima di ogni immersione. Quando mi immergo con l'autorespiratore, devo avere uno strumento per controllare l'assetto – dotato di sistema di gonfiaggio a bassa pressione, un manometro subacqueo, una fonte d'aria alternativa ed uno strumento per la pianificazione/controllo dell'immersione (computer subacqueo, RDP/tabelle d'immersione – qualunque sia quello che sono stato addestrato ad utilizzare). Negare l'uso della mia attrezzatura a subacquei non certificati.
4. Ascoltare attentamente le istruzioni e le indicazioni per l'immersione e seguire i consigli di eventuali responsabili di attività subacquee che sono da loro condotte. Riconoscere che è raccomandato ulteriore addestramento per poter partecipare ad immersioni di specialità, in altre aree geografiche, e dopo un periodo di inattività superiore a sei mesi.
5. Usare il Sistema di coppia in ogni immersione. Pianificare le immersioni nei dettagli, compresi comunicazioni, modalità per ritrovarsi in caso di separazione, comportamento di emergenza, insieme al proprio compagno d'immersione.
6. Essere abile nella pianificazione dell'immersione (usando un computer subacqueo o tabelle d'immersione). Fare tutte le immersioni evitando la decompressione e considerare sempre un buon margine di sicurezza. Avere un mezzo per controllare tempo e profondità sott'acqua. Limitare la profondità massima al proprio livello di preparazione ed esperienza. Risalire con una velocità non superiore a 18 metri/60 piedi al minuto. Essere un subacqueo SAFE – **S**lowly **A**scend **F**rom **E**very dive (risali lentamente da ogni immersione). Effettuare sempre, cautelativamente, una sosta di sicurezza a 5 metri/15 piedi per 3 minuti o più.
7. Avere il giusto assetto. Regolare i pesi in superficie, in modo da avere un assetto neutro senza aria nel GAV. Mantenere un assetto neutro durante tutta l'immersione. Essere in assetto positivo per il nuoto e il riposo di superficie. Tenere i piombi liberi, in modo da poterli sganciare con facilità e stabilire l'assetto in caso di stress in immersione. Portare almeno un mezzo di segnalazione da superficie (come un tubo di segnalazione, un fischietto, uno specchietto).
8. Respirare in modo corretto durante l'immersione. Non trattenere il respiro, non fare pause nel respirare aria compressa ed evitare eccessiva iperventilazione nelle immersioni in apnea. Evitare di sovraffaticarmi in e sott'acqua, ed immergermi secondo le mie capacità.
9. Usare una barca, un galleggiante o un altro sistema d'appoggio ogni qualvolta sia possibile.
10. Conoscere e rispettare le leggi e regolamentazioni locali per l'immersione, comprese quelle per la pesca, la caccia e le bandierine di segnalazione.

**Comprendo l'importanza e lo scopo di queste norme stabilite. Riconosco che sono necessarie alla mia sicurezza ed al mio benessere e che la mancata attuazione può mettermi in pericolo durante l'immersione.**

\_\_\_\_\_  
Firma del partecipante

\_\_\_\_\_  
Data (giorno/mese/anno)

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore o tutore (se necessario)

\_\_\_\_\_  
Data (giorno/mese/anno)