



I MODULI CHE SEGUONO DEVONO **ESSERE COMPILATI IN MODO BEN LEGGIBILE E PORTATI AD UN INCARICATO DELL'ASD GIOIADIVE ALLA PRIMA SESSIONE DI UNITAMENTE AD UN CERTIFICATO MEDICO IN CORSO DI VALIDITA'**

NOME E COGNOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO ABITAZIONE _____

EMAIL _____

TELEFONO _____

CODICE FISCALE _____

SCADENZA CERTIFICATO MEDICO _____

NOTE:



DICHIARAZIONE MEDICA DI _____

Lo scopo di questo questionario, richiesto dagli standard delle didattiche subacquee, è di evidenziare la tua storia medica prima di partecipare alle attività e all'addestramento di attività subacquea ricreativa.



Una risposta positiva ad una domanda, significa che c'è una condizione pre-esistente che può influire sulla tua sicurezza durante le immersioni e devi quindi consultare un medico specialista. Quindi rispondi SI o NO in base alle tue conoscenze. Se rispondi SI ad una domanda, dovrai farti scrivere da uno specialista, sul certificato medico, che non riscontra controindicazioni all'attività subacquea, se rispondi tutti NO serve comunque un certificato medico di sana costituzione.

___ sei in stato di gravidanza o sospetti di esserlo?

___ Assumi regolarmente medicinali prescritti o non prescritti?

___ Hai oltre 45 anni di età ed una più voci seguenti?

Fumi abitualmente – Hai un alto livello di colesterolo - Hai storia familiare di attacchi di cuore o infarti?

Hai mai avuto o hai:

___ Asma, difficoltà di respiro durante uno sforzo?

___ Frequenti attacchi di febbre da fieno o di allergia?

___ Frequenti raffreddori, sinusiti, bronchiti?

___ Qualsiasi forma di patologia polmonare?

___ Pneumotorace, collasso del polmone?

___ Storia di chirurgia al torace?

___ Claustrofobia o agorafobia?

___ Problemi comportamentali, patologie psichiatriche?

___ Epilessia, convulsioni, crisi o prendi farmaci per prevenirli?

___ Emicranie ricorrenti e forti?

___ Storia di incidenti subacquei o di Malattie da decompressione?

___ Storia di ricorrenti problemi alla schiena?

___ Storia di chirurgia alla schiena?

___ Storia di diabete?

___ Storia di perdita di sensi, svenimenti, sincopi con totale o parziale perdita di conoscenza?

___ Soffri frequentemente di malattie legate al movimento?

___ Storia di complicanze dopo interventi alla schiena, arti, ferite o fratture?

___ Incapacità di eseguire uno sforzo moderato? (camminare per 1.5 km)

___ Storia di ipotensione arteriosa?

___ Storia di qualsiasi patologia cardiaca, angina, chirurgia coronaria?

___ Storia di chirurgia ai seni nasali?

___ Storia di patologia dell'orecchio, perdita equilibrio, incapacità a compensare?

___ Storia di emorragie, trombosi o alterazioni della coagulazione?

___ Storie di ernie?

___ Problemi gravi allo stomaco e intestino?

___ Fatto abuso di alcol o droghe negli ultimi 5 anni?

Le informazioni che ho dato della mia storia medica sono accurate ed al meglio delle mie conoscenze. Accetto le responsabilità delle eventuali omissioni riguardanti le mie condizioni di salute dichiarate.

Firma del partecipante _____ Data _____

Firma del genitore o tutore per minore _____



SCARICO DI RESPONSABILITA'
CONSENSO PRIVACY GDPR2016
ACCETTAZIONE REGOLAMENTO ASSOCIATIVO

Io sottoscritto _____

DICHIARO: (Siglare ogni voce)

- > Di essere in possesso di certificazione medica e in condizioni psicofisiche idonee per idoneità sportiva
- > Di non essere sotto effetto di sostanze stupefacenti/psicotrope, di alcol, di farmaci e non aver ecceduto nella consumazione di cibo.
- Di essere a conoscenza dei rischi prevedibili e imprevedibili dell'attività.
- > Di assumere ogni responsabilità per danni arrecati a terzi, a cose a causa di comportamenti non conformi alle norme dei luoghi dove si svolgono le attività dell'ASD, e di sollevare Gioiactive asd, i suoi collaboratori da ogni responsabilità conseguente.
- > Di essere a conoscenza che i dati personali da te forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, il cui trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/ 679. Ti segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati. Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza tuo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.
- > Di acconsentire alla divulgazione di tali dati in situazioni di emergenze mediche.
- > Di accettare la pubblicazione sulle pagine socialnetwork e sito di immagini scattate durante le attività associative.
- > Di accettare il regolamento interno disponibile sul sito Gioiactive.it
- > Di voler sottoscrivere la tessera associativa per partecipare alle attività sportive dell'Asd Gioiactive, al costo di euro 15 per l'anno solare corrente, l'importo è stabilito annualmente dal consiglio direttivo. Possono partecipare alle attività solo i soci con tessera valida.
- > Di essere responsabile delle attrezzature che mi vengono affidate e in caso di danni o di perdita, di accettare il pagamento della stessa.
- > Di non superare i miei limiti di addestramento, profondità, di brevetto e di capacità fisica.
- > Di rispettare le ordinanze, i regolamenti delle piscine, capitanerie, centri dive e comunque di tutti gli uffici preposti e locali utilizzati dall'associazione Gioiactive.

Di aver letto e compreso il contenuto del presente documento, capisco che lo scopo delle norme e linee guida stabilite siano per la mia sicurezza e che non rispettarle può essere motivo di espulsione dalle attività dell'ASD Gioiactive.

FIRMA _____ DATA _____



**RICHIESTA DI AMMISSIONE A SOCIO
DELL'ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA GIOIADIVE
Codice Fiscale 97649120157
Affiliata ASC
ente Nazionale di promozione sportiva riconosciuto dal CONI**

Io sottoscritto _____

Nato a _____ (_____) il _____

Codice Fiscale _____

Residente in _____ (_____) cap _____

Indirizzo _____

Telefono _____ email _____

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO, per lo svolgimento e il raggiungimento degli scopi primari dell'associazione Gioiadive dopo:

- Aver preso visione ed approvato lo statuto sociale, il regolamento interno, gli estratti della polizza assicurativa compresa nella tessera sportiva base ed impegnandosi a corrispondere la quota sociale fissata annualmente. (scaricabili dal sito)
- Essere consapevole che la normativa prevede la presentazione di un certificato medico in corso di validità
- Di aver accettato il trattamento dei dati personali liberamente forniti in base all'articolo 13 del DL 196 del 30/6/2003
- Di aver acconsentito all'utilizzo di immagini sul sito web e sui social network comunque trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti per legge.

FIRMA _____

Firma del genitore o tutore in caso di minore _____

NON COMPILARE:

TESSERA NUMERO _____ SCADENZA _____

SCADENZA VISITA MEDICA _____

Data corso _____ brevetto _____

NOTE: _____