

MO D 01	<b>RICHIESTA DI INFORMAZIONI PER POTER ACCEDERE ALL'ATTIVITÀ SUBACQUEA RICREATIVA (con autorespiratore e/o tecnica) e Agonistica ( apnea), e PROFESSIONALE</b>	Rev.1 2020
------------	--	---------------

**Questionario da compilare a cura del subacqueo maggiorenne o di entrambi i genitori, in caso di minorenni**

### INFORMAZIONI GENERALI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (Pr \_\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_ (Pr \_\_\_\_\_),  
via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
identificato con documento \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_,  
rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_,  
email \_\_\_\_\_

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di non essere stato sottoposto alla misura della quarantena per il COVID-19
- di non essere risultato positivo al COVID-19
- di non aver avuto contatti con soggetti positivi al COVID-19 senza i DPI prescritti nei protocolli OMS, ISS, aziendali
- di non essere stato ricoverato in ospedale con o a causa di sintomi polmonari negli ultimi tre (3) mesi
- di non aver sofferto di gravi sintomi respiratori o estrema stanchezza/affaticamento a domicilio negli ultimi tre (3) mesi
- di avere eseguito il test rapido sierologico per IgM o IgG del COVID-19
- di essere /non essere \* in possesso di un certificato medico in corso di validità (si intende il certificato con validità annuale previsto dalla normativa vigente per l'idoneità medica all'attività sportiva agonistica, ricreativa e lavorativa.

**\*Cancellare la voce che non interessa**

**Si tiene presente che è un dovere di diligenza e obbligo verso se stesso e gli altri evitare, a n c h e s e inconsapevolmente, il rischio di infezione con COVID-19. È fondamentale che questo questionario sia completato con informazioni concrete e oneste sulla Vostra salute.**

**COVID-19** può presentare sintomi gravi che possono rilevarsi fatali, in particolare in quelli con problemi di salute sottostanti come l'Asma o altre condizioni del Sistema Respiratorio.

Al momento non esiste un vaccino medico per **COVID-19**.

I sintomi di solito si sviluppano entro 2-14 giorni; durante questo periodo il virus può essere diffuso ad altri.

Si diffonde attraverso l'ingestione e l'inalazione. Il virus vive su superfici e oggetti ed il periodo di sopravvivenza non è tutt'ora noto.

## SINTOMI SOGGETTIVI RECENTI

### Negli ultimi 40 giorni ha accusato

Febbre > 37.5	SI	NO	Diarrea	SI	NO
Tosse secca	SI	NO	Mal di gola, gola infiammata	SI	NO
Dispnea, difficoltà respiratoria	SI	NO	Anosmia, non sentire gli odori	SI	NO
Mancanza di respiro	SI	NO	Ageusia, perdita del gusto	SI	NO
Astenia, debolezza	SI	NO	Raffreddore	SI	NO
Mialgie, dolori muscolari	SI	NO	Naso chiuso che cola	SI	NO
Polmonite	SI	NO	Malattia tromboembolica/Trombotica	SI	NO
Sintomi simil influenzali	SI	NO	Qualsiasi malattia inspiegabile	SI	NO
E' mai stato in una struttura sanitaria dove sono stati trattati casi confermati o sospetti del <b>COVID-19</b> .	SI	NO	In caso affermativo indicare la struttura		
E' mai stato in contatto con un caso confermato o sospetto del <b>COVID-19</b> .	SI	NO	In caso affermativo indicare il periodo		
Ha attualmente o ha avuto in negli ultimi 14 giorni uno dei seguenti sintomi sopraelencati	SI	NO	In caso affermativo indicare quali:		
Negli ultimi 14 giorni ha visitato tutte le aree ad alto rischio definite dall'OMS o dalla guida nazionale locale	SI	NO	In caso affermativo indicare quale paese		
Negli ultimi 14 giorni ha viaggiato verso o attraverso paesi diversi da quello di destinazione	SI	NO	In caso affermativo indicare quali paesi		

## TERAPIE FARMACOLOGICHE

Negli ultimi mesi ha preso farmaci in modo costante	SI	NO
Attualmente fa uso di farmaci (comprese o bustine per os, inalatori, fiale per via intramuscolo o sottocutanea) o prodotti di erboristeria su prescrizione medica o "da banco"	SI	NO
In caso affermativo, elencare il/i farmaci e dosaggio		

## AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E MEDICI

La informiamo che i suoi dati personali e quelli medici rientranti in particolari categorie di dati sono trattati nel rispetto della normativa UE 679/2016 e s.m.l. Il consenso al trattamento è necessario sia per gestire le attività e i servizi che v e n g o n o erogati e sia per garantire che ciò avvenga nel rispetto delle indicazioni di sicurezza fornite dalle Autorità Scientifiche e Sanitarie.

Il sottoscritto: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ dichiara che

- Autorizza
- Non Autorizza

il trattamento **di dati medici** - particolari categorie di dati

\_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Firma del subacqueo se maggiorenne o di entrambi i genitori accludere i documenti di identità)\*

Il sottoscritto: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ dichiara che

- Autorizza
- Non Autorizza

il trattamento **dei dati personali**

\_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Firma del subacqueo se maggiorenne o di entrambi i genitori accludere i documenti di identità)\*

\* \* \*

### AUTORIZZAZIONE

(

MOD 01	<b>AUTORIZZO</b> AD EFFETTUARE SULLA MIA PERSONA DURANTE IL PERIODO DI PERMANENZA PRESSO LA STRUTTURA LA MISURAZIONE DELLA TEMPERATURA DA PARTE DEI RESPONSABILI DELLE ATTIVITÀ NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA VIGENTE IN TEMA DI COVID-19	Rev.1 2020
-----------	--	---------------

Il sottoscritto dichiara che

- Autorizza
- Non Autorizza

\_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Firma del subacqueo se maggiorenne o di entrambi i genitori accludere i documenti di identità)\*

Nota\*:

1. Copia fotostatica su unica pagina del documento di identità in corso di validità del firmatario (art. 38, c. 3, del D.P.R. n. 445/2000) padre e Madre o di chi ne fa le Veci riportando anche con su scritto che autorizza il proprio figlio a svolgere lo sport Subacqueo o qualsiasi altro Sport
2. **Unica fotocopia dei documenti di identità per tutte le autorizzazioni**

Nome file: PROTOCOLLO SIMSI COVID-19 REV 2 DEL 11-5-20-08-06-2020  
Directory: C:\Users\Giulianv\Desktop\FMSI  
Modello: C:\Users\Giulianv\AppData\Roaming\Microsoft\Templates\Normal.dotm  
Titolo: PROTOCOLLO SIMSI COVID-19 REV 2 DEL 11-5-20 + ALLEGATI.pdf  
Oggetto:  
Autore: Giulianv  
Parole chiave:  
Commenti:  
Data creazione: 08/06/2020 18:47:00  
Numero revisione: 20  
Data ultimo salvataggio:08/06/2020 20:48:00  
Autore ultimo salvataggio: Giulianv  
Tempo totale modifica 123 minuti  
Data ultima stampa: 09/06/2020 12:00:00  
Come da ultima stampa completa  
Numero pagine: 3  
Numero parole: 849  
Numero caratteri: 4.688 (circa)