



Scubadreamer Diving College

Cognome																								
Nome																			Data di nascita					
																		-			-			

Via e n.																									
CAP							Comune																		
Prov							Nazione																		
Email																									

Telefono																								
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BREVETTO	livello							Num.																					
	Didattica							Esperienza: n. di immersioni																					
ULTIMA IMMERSIONE IL :																													

SOGGIORNO	Arrivo							-			-			Partenza							-			-		
	Hotel													Camera												

SEI IN POSSESSO DI UN ASSICURAZIONE SUB?	SI	NO
VUOI STIPULARE CON NOI L'ASSICURAZIONE DAN?	SI	NO
ASSICURAZIONE DAN 1 SETTIMANA 19 EURO	ASSICURAZIONE DAN 2 SETTIMANE 29 EURO	

NOTE PER ATTIVITA'

--

DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE DEI PREZZI DEL DIVING

ATTREZZATURA NELLA CESTA

BOX

--

QT	DESCRIZIONE	TAGLIA	NOTE
	MUTA UOMO LONG		
	MUTA DONNA LONG		
	MUTINO SHORTY		
	JACKET		
	EROGATORE		
	CALZARI		
	PINNE		
	MASCHERA		
	COMPUTER		
	ATTREZZATURA PRIVATA		

NUMERO PASSAPORTO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

STAFF DIVING

--

**PER I PAGAMENTI IN CARTA DI CREDITO IL TOTALE VERRA' CONVERTITO IN \$ USD CON IL CAMBIO ESPOSTO AL DIVING
IL COMPUTER A NOLEGGIO SARA' CONSEGNATO PERSONALMENTE AL CLIENTE E VA RESTITUITO AL MOMENTO DEL C/OUT.
IN CASO DI: PERDITA, FURTO O ROTTURA DELLO STESSO SARA' ADDEBITATO UN IMPORTO PARI A 200 EURO**



Nome

Cognome

Mettendo il mio nome qui, concordo di essere responsabile dei contenuti di questa pagina.

Assunzione del rischio, scarico di responsabilità civile, ed accordo di indennizzo per la subacquea ricreativa **RAID**.

(Questo modulo non deve essere usato all'interno della Unione Europea ed in alcune altre nazioni, in base a leggi e ordinanze locali. Il Training Center e i Professional sono responsabili di conoscere le leggi o le ordinanze locali, e di attenersi alle stesse). Questo è un contratto legale che porta alla rinuncia dei tuoi diritti di promuovere una causa legale. Leggi attentamente prima di firmare. Attenzione! La subacquea con Scuba usa attrezzature di sostegno alla vita e tecniche che recano dei rischi intrinseci, i quali possono arrecare lesioni gravi, malattie o morte.

In considerazione del fatto di essere autorizzato ad iscrivermi ad un addestramento subacqueo, lo,

(nome dell'allievo in stampatello) concordo espressamente di essere vincolato da questo accordo e di uniformarmi al Codice del Subacqueo Responsabile RAID. Io comprendo che questo Accordo è tra me, la mia famiglia, il complesso delle mie proprietà, i miei eredi e/o chiunque

possa elevare un reclamo a mio nome e **Scuba Dreamer** (nome in stampatello del Diving Center), compresi tutti gli istruttori, le strutture, le barche, e i luoghi dove si svolge l'addestramento, Dive RAID International Ltd ("RAID"), ciascuno dei rispettivi proprietari, funzionari, impiegati, rappresentanti legali, e qualsiasi altro soggetto che agisca a loro nome, che sia indicato o non indicato con il proprio nome (da ora in avanti identificati come "Parti esonerate").

Io volontariamente assumo tutti i rischi di lesioni, malattie e morte, causate dall'attività subacquea, sia prevedibili che imprevedibili, compresi, ma non limitatamente a questi, i rischi associati a nuotare, entrare ed uscire dall'acqua, cadere, essere urtato o abbandonato dalla barca, essere separato o perso sott'acqua, trattenere il respiro, avere condizioni patologiche precedentemente esistenti, fare sforzi eccessivi, annegare, cadere preda del panico, riportare lesioni collegate con la pressione, malattia da decompressione, lesioni di origine ambientale o dovute a vita marina, a cause sconosciute, a malfunzionamento dell'attrezzatura, a pianificazione dell'immersione errata, o a inadeguate azioni di altri subacquei o del personale di supporto (compreso mancato soccorso, recupero, rianimazione o fornitura di assistenza di emergenza).

Io concordo di sollevare, scaricare, non tentare azioni legali, manlevare, indennizzare e ritenere non responsabili le parti esonerate coinvolte in un qualsiasi reclamo, richiesta di risarcimento, cause legali, azioni collettive promosse da me, connesse con il mio patrimonio, dagli eredi della mia famiglia (compresi i minori) o da altri, che potrebbero avere titolo a fare reclamo per mie lesioni, malattie, o morte, come conseguenza di qualsiasi azione o mancanza di azione, compresa negligenza delle parti esonerate, associate con il mio addestramento subacqueo e tutte le attività ad esso collegate. Sono d'accordo che sia mia responsabilità informare i miei famigliari, e tutti quelli che potrebbero avere titolo legale di agire per mio conto, che ho sottoscritto questo Accordo ed è mia intenzione che anch'essi siano vincolati dall'Accordo stesso. Io concordo che io stesso ed il mio patrimonio faremo fronte (pagheremo) per i costi che le parti esonerate dovessero affrontare per reclami portati avanti a mio nome, come conseguenza della mia partecipazione ad attività subacquea con Scuba e tutte le attività ad essa correlate.

Io ho letto con attenzione e compreso il Codice del Subacqueo Responsabile RAID, e di adeguarmi ad esso durante tutte le mie attività subacquee. Io comprendo e concordo di essere responsabile per la mia propria sicurezza e per il mio benessere durante l'addestramento subacqueo e le attività ad esso correlate. Io sono responsabile di essere fisicamente e mentalmente idoneo alla partecipazione alle attività di immersione con Scuba, e di non avere in merito controindicazioni mediche. Affermo che tutte le informazioni che ho fornito sul questionario medico sono veritiere ed accurate, secondo quanto da me conosciuto, e non riterrò altri responsabili, anche civilmente, per qualsiasi lesione, malattia o morte, causata da mancata comunicazione di una condizione medica. Sono responsabile della configurazione della mia propria attrezzatura, del suo assemblaggio e del controllo pre-immersione, per verificare che sia appropriata e funzioni a dovere. Sono responsabile della pianificazione ed esecuzione di tutte le mie attività subacquee, inclusa l'anticipazione di potenziali emergenze. Non riterrò nessuno, comprese anche le parti esonerate, responsabile per non aver protetto il mio benessere, non essersi assicurato del corretto uso dell'attrezzatura, o non aver condotto le mie attività subacquee con competenza. Non mi immergerò in condizioni o situazioni che esulano dal mio livello di abilità e di comfort. Se le condizioni diventano pericolose, o non mi sento bene, o sono oggetto di lesioni, informerò immediatamente il capo immersione e prenderò delle iniziative per correggere la situazione. Io comprendo che le attività d'immersione sono condotte in luoghi remoti, lontani in tempo e distanza da ospedali o camere di decompressione. Comprendo che l'addestramento subacqueo non garantisce la mia sicurezza e che incidenti possono capitare anche se si seguono le procedure adeguate. Io comprendo l'importanza di una assicurazione personale, e la mia responsabilità di averla, che copra specificamente le emergenze correlate con le attività subacquee, i trasporti di emergenza ed i trattamenti medici. Io comprendo e concordo che RAID autorizza Training Center, Professional RAID, ed affiliati ad usare vari marchi registrati RAID, nonché a condurre programmi di addestramento RAID autorizzati, ma che questi non sono agenti, impiegati o titolari di franchising della Dive RAID International di una azienda ad essa collegata, sussidiaria o affiliata. Io comprendo inoltre che i Centri RAID, i Professional RAID e gli affiliati, sono indipendenti, e non sono ne posseduti ne gestiti da RAID, e che, anche se RAID stabilisce gli standard per i propri programmi di addestramento, essa non è responsabile, e non ha il diritto di controllare, la gestione delle attività commerciali e della gestione giornaliera del business, e/o della supervisione dei subacquei da parte dei Training Center RAID e dei Professional RAID ad essi affiliati o dello staff interno. Io comprendo anche e concordo a nome mio, che, in caso di lesioni, malattia o morte durante le attività subacquee, non posso ritenere RAID responsabile civilmente per le azioni, omissioni o negligenze del Training Center RAID, del Professional RAID o di altri soggetti affiliati o personale associabile alle mie attività subacquee.

Io ho letto questo Accordo ed il Codice del Subacqueo Responsabile RAID. Io comprendo espressamente le mie responsabilità e che sto rinunciando ai miei diritti legali con la firma di questo Accordo. Io comprendo che questo è un contratto legale e io sto volontariamente firmando senza costrizione o ulteriori pressioni. Io comprendo che questa è una rinuncia incondizionata e completa dei miei diritti di responsabilità civile, nella massima estensione consentita dalla legge. Se una parte del presente Accordo dovesse risultare legalmente inapplicabile o non valida, tale parte sarà tolta e il resto avrà piena forza ed effetto. Accetto di essere vincolato dal presente Accordo senza modificare il testo prestampato. I termini di questo Accordo hanno effetto per un periodo di un anno, dopo la firma di questo Accordo, su tutti gli addestramenti subacquei (compresi i corsi di livello iniziale e l'addestramento dell'educazione continua) e delle attività collegate. Io ho più di 18 anni di età e sono legalmente autorizzato ad impegnarmi con questo Accordo, oppure ho acquisito il consenso scritto dei miei genitori o tutori per completare il form aggiuntivo in appendice per minori.

Nome del partecipante (stampatello)

Firma del partecipante

Data (GG/MM/AA)

Genitore/Tutore (Stampatello)

Firma del Genitore/Tutore

Data (GG/MM/AA)

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, ematologico, o mi è stato diagnosticato il COVID-19.	Sì <input type="checkbox"/> Vai al box A	No <input type="checkbox"/>
2	Ho più di 45 anni.	Sì <input type="checkbox"/> Vai al box 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 C	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 D	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.	Sì <input type="checkbox"/> Vai al box E	No <input type="checkbox"/>
8	Ho avuto problemi di schiena, ernie, ulcere o diabete.	Sì <input type="checkbox"/> Vai al box F	No <input type="checkbox"/>
9	Ho avuto problemi gastrici o intestinali, compresa recente diarrea.	Sì <input type="checkbox"/> Vai al box G	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)

scuba dreamer

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

BOX A - HO / HO AVUTO:		
Un intervento di chirurgia toracica, cardiaca, alle valvole cardiache, posizionamento di stent 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"/>
Una diagnosi di COVID-19.	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
BOX B - HO PIÙ DI 45 ANNI E:		
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"/>
BOX C - HO / HO AVUTO:		
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"/>
BOX D - HO / HO AVUTO:		
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"/>
BOX E - HO / HO AVUTO:		
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 attenzione continua.	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"/>
BOX F - HO / HO AVUTO:		
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"/>
BOX G - HO AVUTO:		
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"/>