

**Informativa sui Rischi e Responsabilità e Relativa Accettazione /
Informativa sulle Attività Commerciali e Relativa Accettazione**

Si prega di leggere attentamente e compilare gli spazi lasciati in bianco prima di sottoscrivere

Informativa sulle Attività Commerciali e Relativa Accettazione

Comprendo e accetto che i Membri PADI (Membri), inclusi il/la Liamis Dive Centre, e/o qualsiasi Istruttore o Divemaster PADI implicato nel programma cui sto partecipando, sono autorizzati ad utilizzare i diversi Marchi PADI e a condurre l'addestramento PADI, ma non sono agenti, impiegati o concessionari di PADI EMEA Ltd., PADI Americas, Inc., o di società, filiali o aziende loro affiliate ("PADI"). Inoltre, comprendo che le attività commerciali dei Membri sono indipendenti, pertanto non di proprietà o gestite da PADI; ed ancora, comprendo che pur stabilendo gli standard dei programmi di addestramento subacqueo, PADI non è in alcun modo responsabile delle attività commerciali dei Membri, della loro conduzione giornaliera dei programmi PADI, della supervisione dei subacquei da parte dei Membri e del loro Staff associato, né ha alcun diritto di controllare tutto ciò.

Informativa sui Rischi e Responsabilità e Relativa Accettazione

La presente costituisce una dichiarazione volta a fornire informazioni sui rischi dell'immersione in apnea (skin diving/snorkeling) e dell'immersione con autorespiratore (scuba diving). La presente dichiarazione inoltre enuncia le ipotesi in cui i rischi connessi alla attività di immersione sono da ritenersi a Suo esclusivo carico.

La sottoscrizione di tale documento è richiesta a riprova del fatto che lo stesso è stato a Lei consegnato e da Lei compreso. E' pertanto fondamentale che Lei legga attentamente il contenuto di tale dichiarazione prima di sottoscriverla, In caso di dubbi circa il contenuto della presente dichiarazione, La invitiamo a discuterne direttamente con il Suo istruttore. Nel caso di minorenni il presente modulo dovrà essere sottoscritto da un genitore ovvero da un tutore.

Attenzione

L'immersione in apnea (skin diving/snorkeling) presentano rischi intrinseci che possono causare gravi lesioni o morte.

L'immersione in apnea sono attività fisicamente faticose e il presente programma di immersioni implica un grande sforzo fisico. E' pertanto necessario fornire reale e veritiere informazioni sul proprio quadro medico ai professionisti/ istruttori nonché alla struttura che offre tale programma.

Accettazione del Rischio

Io sottoscritto comprendo ed accetto che né gli istruttori che gestiscono questo programma, né la struttura presso cui questo programma viene gestito Liamis Dive Centre, né PADI EMEA Ltd., né PADI Americas Inc. né le loro società affiliate o controllate, né alcuno dei loro rispettivi dipendenti, funzionari, agenti o concessionari, possano in alcun modo essere ritenuti responsabili per l'eventuale morte, lesioni o altre perdite da me subite, che siano conseguenza della mia condotta ovvero per altri problemi derivanti da eventi o circostanze dovuti a mia negligenza e/o colpa.

In assenza di negligenza e /o colpa o qualsivoglia altra violazione del dovere di diligenza da parte degli istruttori che gestiscono questo programma, nonché della struttura presso cui tale programma è gestito Liamis Dive Centre, di PADI EMEA Ltd., di PADI Americas, Inc. e di parti tutti i soggetti sopra indicati comprendo e accetto che tutti i rischi connessi a tale programma sono a mio esclusivo carico.

DICHIARO DI AVERE RICEVUTO QUESTA INFORMATIVA SUI RISCHI E RESPONSABILITÀ E RELATIVA ACCETTAZIONE E INFORMATIVA SULLE ATTIVITÀ COMMERCIALI E RELATIVA ACCETTAZIONE E, PRIMA DI APPORVI LA MIA FIRMA, DICHIARO DI AVER LETTO TUTTI I TERMINI DI DETTE DICHIARAZIONI.

Nome del Partecipante (in stampatello, per favore)

Firma del Partecipante

Data (Giorno/mese/anno)

Firma del Genitore/Tutore (ove applicabile)

Data (Giorno/mese/anno)

DICHIARAZIONE MEDICA

Al partecipante:

Per favore rispondi a queste domande sulla tua anamnesi medica passata o presente con un **SI** o un **NO**. Se non sei sicuro rispondi **SI**.

- Prendi regolarmente medicinali prescritte o no? (con l'eccezione dei contraccettivi o pillole anti-malaria). _____
- Ha le sue medicine a bordo? _____

Hai mai avuto o hai attualmente...

- Epilessia, attacchi epilettici, convulsioni o prendi medicinali per prevenirli? _____
- Episodi di mancamenti o svenimenti (totale/ parziale perdita di sensi)? _____
- Soffri spesso di mal di macchina, mal di mare ecc.? _____
- Malattie cardiache, crisi cardiache o infarti, angina pectoris / chirurgia cardiaca o vascolare? _____
- Ha allergie? _____ Di che tipo? _____

Sa nuotare?

Si

No

Le informazioni che ho fornito sulla mia anamnesi sono accurate al massimo delle mie conoscenze. Sono d'accordo ad accettare le responsabilità di qualsiasi omissione riguardante una qualsiasi condizione di salute presente o passata.

Per favore scrivi in modo leggibile.

Cognome/Nome _____

Data di nascita _____ Età _____ Spol : M F
(giorno/mese/anno)

Indirizzo _____

Città/Provincia _____ Nazione _____ C.A.P. _____

Email _____

Hotel _____ Room numero _____

CONTATTO IN CASO D'EMERGENZA

Nome _____ Relazione _____ Telefono (____) _____