

**Dichiarazione responsabile di autocertificazione dell'adeguatezza psicofisica per partecipare ad attività di iniziazione al nuoto subacqueo e d'immersione per diporto.**

Nome e Cognomi: .....  
Documento d'identità: ..... Data di nascita: .....  
Indirizzo: ..... Località: .....  
Provincia: ..... Telefono: .....  
e-mail: .....

Dichiaro, sotto la mia responsabilità, che non si danno le circostanze elencate qui di seguito, non soffro delle malattie menzionate e non concorrono le condizioni indicate - e quindi riunisco le condizioni fisiche e psichiche necessarie per praticare le attività di iniziazione al nuoto subacqueo e d'immersione a scopo ricreativo.

- Gravidanza o sospetto di gravidanza
- Consumo di medicinali che richiedono ricetta medica (fatta eccezione per gli anticoncezionali)
- Persona maggiore di 45 anni e che sia fumatore e/o abbia un elevato livello di colesterolo
- Asma o difficoltà respiratorie nello svolgimento di esercizio fisico
- Qualunque tipo di malattia polmonare
- Pneumotorace (collasso polmonare)
- Persona che abbia subito operazioni chirurgiche toraciche
- Claustrofobia o agorafobia (timore degli spazi aperti o chiusi)
- Epilessia, attacchi, convulsioni o prende medicinali per prevenirli
- Esperienza di perdita di conoscenza totale o parziale
- Esperienza di incidenti di immersione o ha sofferto postumi di decompressione
- Soffre di diabete
- Soffre di ipertensione o prende medicinali per controllare la pressione arteriosa
- Ha sofferto di qualunque problema cardiaco
- Ha sofferto di malattie dell'udito, perdita di udito o problemi di equilibrio
- Ha sofferto di trombosi o altri problemi di coagulazione sanguigna
- Malattie psichiatriche
- Soffre di sinusite, rinite, bronchite o qualunque altro problema respiratorio
- Soffre di emicrania acuta o altri dolori di testa
- Ha subito un intervento chirurgico di qualunque tipo nelle ultime sei settimane
- Si trova sotto gli effetti di alcool, droghe o medicinali
- Febbre, vertigini, nausea, vomito o diarrea
- Problemi di compensazione degli spazi aerei
- Ulcere gastriche acute

*“Ho letto e compreso ogni punto di questo formulario. Le informazioni che ho fornito sulla mia storia medica sono esatte, al meglio delle mie possibilità. Accetto la responsabilità per le omissioni relative a errori nel riconoscere qualsiasi situazione attuale o passata attinente alla mia salute.*

Nome e Cognome, Firma e data