



MODULO ISCRIZIONE CORSO SUBACQUEI FEDERALI

Io sottoscritto Cognome _____ Nome _____

Nato/a nascita _____ Prov. _____ Stato _____ il _____

Resid _____ Via _____ Civ _____

CAP _____ Prov _____ Cod.fisc _____

Cell. _____ E-mail _____

Chiede l'iscrizione al Gruppo Subacquei Federali ASD ed al corso di

Informativa Medica

Certificato Medico con scadenza _____

Dichiaro altresì di essere stato informato che le seguenti patologie possono produrre effetti pericolosi durante le immersioni con autorespiratore:

- asma, pneumotorace, bronchiectasie.
- cardiopatie in genere.
- svenimenti, epilessia
- otiti frequenti, labirintiti
- diabete, ipertiroidismo o ipotiroidismo

Mi impegno a comunicare tempestivamente eventuali malesseri fisici/psichici e malattie patologiche, che potrebbero compromettere l'idoneità fisico/psichica allo svolgimento dell'attività subacquea.

Data _____

Firma _____

Informativa/Consenso trattamento dati personali

A seguito dell'informativa esaminata all'atto dell'iscrizione, prendo atto che i dati personali sopra riportati, così come l'acquisizione del certificato medico, sono necessari per le partecipazioni ai corsi, confermando l'esattezza dei dati sopra riportati. Mi impegno a comunicare eventuali variazioni. **Autorizzo, quindi, il Gruppo Federali Subacquei Federali FIPSAS** al loro trattamento e conservazione in sistemi manuali o informatici per finalità istituzionali e federali prendendo atto che gli stessi non saranno diffusi a terzi.

Firma _____

Autorizzo il Gruppo Federali Subacquei Federali Napoli nonché **FIPSAS** all'uso per finalità istituzionali e pubbliche le eventuali riprese video-fotografiche eseguite durante le attività sociali e sportive concedendo tale diritto a titolo gratuito

Firma _____