

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ Pr (\_\_\_\_)

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ domiciliato a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Pr (\_\_\_\_) in Via/Corso

\_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_ dichiara di partecipare al programma *Try Scuba SSI* organizzato da **IncantoBlu**

**asd** in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

NR DI SCARPE: _____	TAGLIA: _____	ALTEZZA: _____ PESO: _____
---------------------	---------------	----------------------------

Firma \_\_\_\_\_

### QUESTIONARIO MEDICO SSI (parte 1)

<b>1</b>	Ho avuto problemi a livello polmonare/respiratorio, cardiaco, ematologico, o mi è stato diagnosticato il COVID-19.	Si <input type="checkbox"/> Vai al box A	No <input type="checkbox"/>
<b>2</b>	Ho più di 45 anni.	Si <input type="checkbox"/> Vai al box B	No <input type="checkbox"/>
<b>3</b>	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.	Si * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>4</b>	Ho avuto problemi agli occhi, alle orecchie o ai seni paranasali.	Si <input type="checkbox"/> Vai al box C	No <input type="checkbox"/>
<b>5</b>	Ho subito un'operazione negli ultimi 12 mesi, OPPURE ho tuttora problemi dovuti a un passato intervento chirurgico.	Si * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>6</b>	Ho perso conoscenza, avuto emicranie, crisi epilettiche, ictus, traumi cranici importanti, o ho una malattia a decorso cronico a livello neurologico.	Si <input type="checkbox"/> Vai al box D	No <input type="checkbox"/>
<b>7</b>	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.	Si <input type="checkbox"/> Vai al box E	No <input type="checkbox"/>
<b>8</b>	Ho avuto problemi di schiena, ernie, ulcere o diabete.	Si <input type="checkbox"/> Vai al box F	No <input type="checkbox"/>
<b>9</b>	Ho avuto problemi gastrici o intestinali, compresa recente diarrea.	Si <input type="checkbox"/> Vai al box G	No <input type="checkbox"/>
<b>10</b>	Sto assumendo medicinali soggetti a prescrizione medica (esclusi farmaci anticoncezionali o antimalarici diversi dalla meflochina (Lariam)).	Si * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

## QUESTIONARIO MEDICO SSI (parte 2)

<b>BOX A - HO / HO AVUTO:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Un intervento di chirurgia toracica, cardiaca, alle valvole cardiache, posizionamento di stent o uno pneumotorace (polmone collassato)	*	
Asma, dispnea, allergie gravi, febbre da fieno o vie aeree congestionate negli ultimi 12 mesi che limitano la mia attività/esercizio fisico	*	
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.	*	
Bronchite ricorrente e tuttora tosse negli ultimi 12 mesi, OPPURE mi è stato diagnosticato un enfisema.	*	
Una diagnosi al COVID 19	*	
<b>BOX B - HO PIU' DI 45 ANNI E:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Fumo o inalo nicotina in altri modi.	*	
Ho un livello alto di colesterolo	*	
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)	*	
Ho pressione arteriosa alta.	*	
<b>BOX C - HO / HO AVUTO:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Un intervento chirurgico ai seni paranasali negli ultimi 6 mesi	*	
Una patologia auricolare o un'operazione chirurgica all'orecchio, perdita di udito o problemi di equilibrio	*	
Sinusite ricorrente negli ultimi 12 mesi.	*	
Intervento di chirurgia a livello oculare negli ultimi 3 mesi.	*	
<b>BOX D - HO / HO AVUTO:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Un trauma cranico con perdita di coscienza negli ultimi 5 anni	*	
Una patologia neurologica cronica.	*	
Eemicrania ricorrente negli ultimi 12 mesi o assumo farmaci per prevenirla.	*	
Perdita di sensi o svenimenti (totale/parziale perdita di coscienza) negli ultimi 5 anni	*	
Epilessia, uno o più episodi di crisi convulsive, OPPURE assumo farmaci per prevenirli.	*	
<b>BOX E - HO PIU' DI 45 ANNI E:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Problemi comportamentali, mentali o psicologici che richiedono terapia medica/psichiatrica	*	
Forte depressione, idee suicidarie, attacchi di panico, disturbo bipolare non controllato che richiede terapia farmacologica/psichiatrica	*	
Una diagnosi di malattia mentale o di disturbo dell'apprendimento/sviluppo che richiede attenzione continua	*	
Una dipendenza da droghe o alcol che richiede terapia negli ultimi 5 anni.	*	
<b>BOX F - HO / HO AVUTO:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Problemi di schiena ricorrenti negli ultimi 6 mesi che limitano la mia vita quotidiana.	*	
Un intervento chirurgico alla schiena o alla colonna vertebrale negli ultimi 12 mesi.	*	
Diabete, controllato mediante farmaci o dieta, OPPURE diabete gestazionale negli ultimi 12 mesi	*	
Ulcere attive o non trattate, problematiche di cicatrizzazione o un'operazione per ulcera negli ultimi 6 mesi.	*	
Un'ernia non corretta che limita le mie abilità fisiche	*	
<b>BOX G - HO / HO AVUTO:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Un intervento di stomia e non ho l'autorizzazione medica per nuotare o praticare attività fisica	*	
Disidratazione tale da richiedere intervento medico negli ultimi 7 giorni.	*	
Ulcere gastriche o intestinali attive non curate o un'operazione per ulcera negli ultimi 6 mesi	*	
Frequente bruciore di stomaco, rigurgito o malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE)	*	
Patologia quale Rettocolite ulcerosa o morbo di Crohn attiva o non controllata.	*	
Un intervento di chirurgia bariatrica negli ultimi 12 mesi.	*	

\*Richiesta valutazione di un medico.

## INFORMATIVA “TRY SCUBA”

### in materia di privacy ai sensi dell’articolo 13 del Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR)

La presente informativa è resa ai sensi dell’art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (“**GDPR**”) e si applica ai dati personali raccolti da l’ASD IncantoBlu (“**ASD**”), con sede in Collegno (TO) via Fabio Filzi 4/c, codice fiscale 95616740015 – in qualità di titolare del trattamento (di seguito, il “**Titolare**”, “**noi**” o “**nostro**”, a seconda dei casi) – relativi a Lei, per l’iscrizione a “Try Scuba”.

#### 1) *Categorie di dati personali*

Il Titolare potrebbe raccogliere le seguenti categorie di dati personali:

- Dati identificativi come nome, cognome, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza, richiesti con il modulo di iscrizione;
- Dati di contatto come indirizzo/i e-mail, numero/i di telefono, indirizzo/i di posta, o dati relativi ai tuoi account *social networks*;
- Dati relativi alla salute;
- Dati relativi alle caratteristiche fisiche (numero di scarpe, taglia di vestiario, altezza e peso), richiesti con il modulo di iscrizione.

Il conferimento dei Suoi dati personali è necessario per il perseguimento delle finalità elencate sotto: in caso di mancato conferimento dei Suoi dati personali, per noi sarà impossibile perseguire tali finalità.

#### 2) *Modalità di trattamento*

La maggior parte dei dati che raccogliamo ci vengono forniti da Lei nel corso dell’iscrizione a “Try Scuba”.

La raccolta ed il trattamento dei Suoi dati personali avranno luogo con l’ausilio di mezzi cartacei, elettronici, informatici.

Non utilizziamo alcuna forma di processo decisionale esclusivamente automatizzato in relazione al trattamento dei Suoi dati personali.

#### 3) *Finalità del trattamento e basi giuridiche*

I Suoi dati personali potranno essere trattati per le seguenti finalità:

- a) gestione della Sua richiesta di partecipazione a “Try Scuba”;
- b) invio di comunicazioni relative alle attività dell’ASD;
- c) per permetterci di valutare la necessità che tu ti sottoponga ad una visita medica necessaria per partecipare alle immersioni, atteso che l’attività d’immersione ricreativa, con autorespiratore o in apnea, richiede una buona salute fisica e mentale.

Il trattamento dei dati per la finalità *sub* (a) non richiede il Suo consenso in quanto è necessario per l’adempimento degli obblighi e l’esecuzione dei compiti derivanti da o connessi alla Sua partecipazione a “Try Scuba”, ai sensi dell’art. 6, par. 1, lett. b) del GDPR. Il trattamento dei dati per le finalità *sub* (b) non richiede il Suo consenso in quanto necessario per il perseguimento dei nostri legittimi interessi sottesi alle medesime finalità, ai sensi dell’art. 6, par. 1, lett. f) del GDPR. Il trattamento dei dati per la finalità *sub* (c) richiede il Suo consenso ai sensi dell’art. 9, par. 2, lett. a) del GDPR.

#### 4) *Comunicazione dei dati*

I Suoi dati personali potranno essere resi accessibili, portati a conoscenza di o comunicati ai seguenti soggetti, i quali agiranno quali persone autorizzate al trattamento, responsabili ovvero autonomi titolari:

- (1) nostri dipendenti o collaboratori a qualsiasi titolo;
- (2) altri soggetti, pubblici o privati, con cui intratteniamo rapporti commerciali e che abbiano l'obbligo o la necessità di raccogliere informazioni relative a Lei in ragione della Sua iscrizione.

Lei potrà richiedere ad ASD l'elenco dei nominativi e dei contatti dei soggetti appartenenti alle suddette categorie di destinatari.

La informiamo che, nel caso in cui alcuni dei soggetti indicati sopra abbiano sede al di fuori dello Spazio Economico Europeo (SEE), trasferiremo i Suoi dati personali – in assenza di decisioni di adeguatezza e non ricorrendo alcuna delle deroghe di cui all'art. 49 del GDPR – sulla base delle clausole contrattuali standard di cui all'art. 46 par. 2, lett. c) e lett. d) del GDPR.

#### *5) Conservazione dei dati*

I dati personali sono conservati da ASD su supporto cartaceo e/o su server informatici, in luoghi di norma ubicati all'interno della Comunità Europea, e con l'utilizzo di misure di sicurezza per proteggerli dai rischi di distruzione, perdita o alterazione (accidentale o illegittima) nonché di comunicazione o accesso non autorizzati.

Taluni dati potranno essere conservati per un tempo inferiore qualora sia raggiunta o venga meno la specifica finalità per la quale sono stati raccolti.

#### *6) Diritti dell'interessato*

Ai sensi degli artt. da 15 a 21 del GDPR, Lei ha il diritto di:

- (1) essere informato sulle finalità e modalità del trattamento dei Suoi dati personali;
- (2) accedere ai Suoi dati personali;
- (3) rettificare i dati personali incompleti, inesatti o non aggiornati;
- (4) ottenere la cancellazione dei Suoi dati personali;
- (5) ottenere, nei casi previsti dalla legge, la limitazione del trattamento dei Suoi dati personali;
- (6) opporsi in tutto o in parte, nei casi previsti dalla legge, al trattamento dei Suoi dati personali;
- (7) ottenere, se tecnicamente fattibile, la portabilità dei dati personali.

Nel caso in cui sia richiesto il consenso per il trattamento dei dati personali, potrà, altresì, revocare in qualsiasi momento il consenso già prestato, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

Può esercitare i diritti di cui sopra e richiedere qualsiasi informazione sul trattamento dei Suoi dati personali contattando, tramite raccomandata o posta elettronica, il Titolare ai seguenti indirizzi:

- posta: Collegno (TO), via Fabio Filzi 4/c
- e-mail: [info@incantoblu.it](mailto:info@incantoblu.it)

Inoltre, ha il diritto di presentare un reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)), nel caso in cui ritenga che siano stati violati i diritti di cui è titolare ai sensi del GDPR.

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto, letta l'informativa che precede,

Acconsento al trattamento dei miei dati personali relativi alla salute per le finalità descritte al punto 3(c) nell'informativa che precede, avendone compreso l'importanza alla luce dei rischi per la salute connessi allo svolgimento di attività d'immersione ricreativa.

Acconsento, singolarmente, al trattamento dei miei dati personali relativi ai miei *social network* ed in particolare alla pubblicazione di fotografie che mi ritraggono e relativo "tag", inserendo nel seguito i miei username:

contatto Instagram \_\_\_\_\_



contatto Facebook \_\_\_\_\_



Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_