

**Esame medico per
l'abilitazione
all'immersione**

Per favore scrivere in stampatello

NOME.....COGNOME.....

INDIRIZZO.....C.A.P.....

CITTA'.....(prov.).....

ETA'.....SESSO.....ALTEZZA.....PESO.....

PROFESSIONE.....TELEFONO.....

Informazioni per il medico:

Il richiedente la visita desidera frequentare un corso di attività subacquee con l'utilizzo di autorespiratori. Come lei certo saprà, gli standard attuali di sicurezza di tale attività sono molto elevati. Pur tuttavia tale attività induce una certa tensione sugli individui e gli richiedono un certo sforzo fisico. E' quindi raccomandata che la persona non abbia malattie e gravi carenze cardiovascolari e all'apparato respiratorio. E' necessario che la persona sia in grado di mandare, tramite la Tube di Eustachio, aria nell'orecchio medio e che non presenti gravi difetti o indebolimenti della membrana timpanica. Ogni patologia grave, anche di tipo psicologico, che comporti la possibilità di perdita di conoscenza è controindicazione alla pratica delle attività subacquee. Le chiediamo pertanto di certificare l'idoneità (o la non idoneità) del richiedente la visita.

Note del medico _____

CERTIFICO CHE IL SIG. _____

E' IDONEO ALLA PRATICA DELLE ATTIVITA' SUBACQUEE.

DATA _____ FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO _____