



Rivisto da:

\_\_\_\_\_ (Nome della Guida **SeaTREK**®)

## Iscrizione dei partecipanti e liberatoria

Nome (nome completo): \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_

Stato / Paese: \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

In caso di emergenza, contattare: \_\_\_\_\_

Numero di Emergenza: \_\_\_\_\_

Si prega di rispondere alle domande di cui sotto, relative ai propri precedenti medici scrivendo SI o NO. Una risposta affermativa non comporta necessariamente l'esclusione da SeaTREK. Siate onesti nelle risposte. Non mettete a rischio la vostra salute.

- 1. Sei incinta di più di tre mesi?
- 2. Hai precedenti familiari di attacchi cardiaci, ictus o malattie cardiache?
- 3. Soffri di attacchi d'asma o tossisci quando respiri o fai sport?
- 4. In questo momento soffri di raffreddore, sinusite o bronchite?
- 5. Soffri di qualche tipo di malattia polmonare?
- 6. Soffri di epilessia, attacchi, convulsioni o assumi dei medicinali per prevenirli?
- 7. Hai precedenti di perdita di sensi o svenimenti?
- 8. Hai mai avuto incidenti nell'eseguire tuffi o soffri di malattia da decompressione?
- 9. Soffri di ipertensione o assumi medicinali per tenere la pressione sotto controllo?
- 10. Sei mai stato sottoposto a interventi cardiaci, angina pectoris o ai vasi sanguigni?
- 11. Hai mai sofferto di emorragie o disturbi sanguigni?
- 12. Hai mai sofferto di diabete che influisce sulla tua capacità di partecipazione a un'attività faticosa?
- 13. Sei sotto l'effetto di droghe o alcool?
- 14. Hai precedenti di chirurgia dell'orecchio o del setto nasale?
- 15. Hai precedenti di malattie all'udito, perdita dell'udito o disturbi di equilibrio?
- 16. Soffri di disturbi di otturazione dell'orecchio in aereo o in montagna?

Se hai risposto SI a qualcuna delle domande di cui sopra, devi sottoporli a una visita medica per essere ammesso all'attività di SeaTREK.

Io, \_\_\_\_\_ (stampare il nome completo),  
certifico che un medico è stato informato delle mie attuali condizioni di salute, nonché della mia storia clinica e mi ha autorizzato a nuotare, fare dello snorkeling o immerzioni. Certifico altresì che i dati da me forniti, relativi alla mia storia clinica, sono precisi e completi. Accetto di non volare nelle 4 ore successive all'escursione SeaTREK.

Firmato: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**ESAMINARE / FIRMARE A TERGO**

Io, \_\_\_\_\_ (nome completo), comprendo le conseguenze derivanti dalla firma del presente documento e esonero e sollevo la mia Guida SeaTREK, l'Operatore SeaTREK, la Sub Sea Systems Inc., nonché tutti i rispettivi datori di lavoro, ufficiali, agenti, dipendenti, appaltatori o incaricati della SeaTREK operator o aziende manifatturiere (di seguito, complessivamente indicate come le "Parti Esonerate") da qualsiasi responsabilità derivante dalla mia partecipazione a SeaTREK (d'ora in avanti, "l'Escursione") o da qualsiasi azione o omissione delle Parti Esonerate, ivi incluse, a titolo esemplificativo, la negligenza a essi riconducibile.

Dichiaro di essere stato ammonito e informato dei rischi inerenti all'attività di SeaTREK, inclusi, a titolo puramente esemplificativo, i pericoli collegati con l'apnea, l'ascensione rapida, la sovra-dilatazione polmonare, così come le lesioni collegate ad attività acquatiche, come la morte da annegamento. Sono consapevole che dette lesioni possono richiedere trattamento in camera di decompressione, ma che SeaTREK potrebbe trovarsi a una distanza eccessiva da una camera di decompressione o comunque tale da rendere impossibile il trattamento. Ciò nonostante, decido di procedere a quest'Escursione malgrado i rischi ad essa collegati e la possibile assenza di una camera di decompressione in prossimità del luogo dell'Escursione.

Sono altresì consapevole che SeaTREK può essere un'attività fisicamente faticosa e che mi eserciterò durante queste Escursioni, e mi assumo espressamente il rischio, esonerando da responsabilità tutte le Parti Esonerate, di qualsiasi lesione, morte, danno alla proprietà e perdite o danni di altro tipo, ivi incluse le lesioni o la morte provocate da attacchi cardiaci, panico o iperventilazione che possono verificarsi quale conseguenza dell'Escursione. Comprendo che con questa dichiarazione rinuncio a qualsiasi reclamo, presente o futuro, che io, la mia famiglia, i miei eredi o delegati possano avere nei confronti delle Parti Esonerate per qualsiasi lesione, morte, danno alla proprietà o altri tipi di perdite o danni collegati all'Escursione, ivi inclusi quelli provocati da negligenza riconducibile a qualsiasi Parte Esonerata, sia essa attiva o passiva, e provocata da qualsiasi difetto o guasto al prodotto di qualsiasi tipo.

Sono consapevole che l'Escursione è stata pianificata per fornirmi un'introduzione alla respirazione subacquea con supervisione. Questo programma non ha l'oggetto di addestrarmi quale subacqueo professionista o indipendente. Sono, inoltre, consapevole e accetto di sottopormi ad addestramento con un corso di certificazione, sotto la diretta supervisione di un istruttore qualificato per avere la certificazione di subacqueo professionista e competente.

Sono consapevole che i termini di cui alla presente dichiarazione sono di natura contrattuale e non meramente recitativa; e di aver firmato il presente documento per la mia esclusiva e libera volontà. Accetto inoltre che tutti i reclami relativi al presente accordo o alla mia partecipazione a SeaTREK saranno giudicate in via esclusiva dai Tribunali dello Stato della California, e che i suddetti reclami saranno decisi sulla base delle leggi della California. Comprendo che se una o più parti del presente accordo di Esonero di Responsabilità e Assunzione espressa dei Rischi venisse considerata invalida o inapplicabile da una corte di una giurisdizione competente, quella parte dovrà essere separata dal resto dell'accordo, che resterà in vigore ed efficace.

**Certifico di aver letto, che mi è stato spiegato e di aver capito il contenuto del Documento d'Iscrizione e la Liberatoria prima di firmarli. Che le informazioni in essa fornite relative alla mia storia clinica, nonché l'autorizzazione di un medico (laddove applicabile) sono precise e complete. Accetto di difendere e tenere indenni le Parti Esonerate e sollevarle da responsabilità contro qualsiasi reclamo in qualsiasi modo collegato a qualsiasi distorsione, omissione o imprecisione delle suddette informazioni, incluso il pagamento di onorari di avvocato sopportato per la cura dei suddetti reclami.**

Sono stato pienamente informato del contenuto del suddetto esonero da responsabilità e assunzione espressa dei rischi avendola letta prima di firmarla a mio nome, dei miei eredi e dei miei rappresentanti. È mia intenzione firmare il presente accordo per rinunciare al mio diritto di citare in giudizio le parti esonerate e per mantenere i suddetti soggetti indenni da qualsiasi responsabilità derivante da lesioni personali, danni alla proprietà o morte illecita provocata dalla negligenza delle parti esonerate e mi assumo tutti i rischi collegati alla mia partecipazione a **SeaTREK**.

- \* Per dimostrare di aver letto il presente documento e di essere pienamente consapevole delle conseguenze derivanti dalla sua firma, oltre a firmarlo, ho scritto a mano le mie iniziali nel riquadro dell'angolo inferiore sinistro della presente pagina.

**Sub Sea Systems, Inc. può utilizzare fotografie o video della mia esperienza SeaTREK esclusivamente per scopi promozionali. Se non sei d'accordo con detto uso, indicare con un segno le caselle sottostanti:**

**Non usare le mie immagini a scopi promozionali.**

Nel caso di incoerenze o discrepanze tra la versione in lingua inglese ed altre versioni in questi termini e in queste condizioni, la versione in lingua inglese ha la precedenza.

**How did you find out about this awesome tour?**

- |   |                                      |                                   |
|---|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Online / Pagina web / Social Media | <input type="checkbox"/> Riviste     | <input type="checkbox"/> Giornale |
| <input type="checkbox"/> Amici                              | <input type="checkbox"/> Televisione | <input type="checkbox"/> Radio    |
| <input type="checkbox"/> Pubblicità Hotel                   | <input type="checkbox"/> Altri _____ |                                   |

\*  **Firma del Partecipante:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
**Firma del Genitore o del Tutore:** \_\_\_\_\_