DICHIARAZIONE LIBERATORIA DI RESPONSABILITÀ

Il/La sottoscritt _____

nat _____ a _____ il _____

residente a _____

indirizzo _____ tel. _____

ADERISCE

alle attività del gruppo di cammino "_____ NOME GRUPPO_ (comune) _____"
che prevedono camminate, sollevando i Walking Leader del gruppo di cammino di
da ogni responsabilità.

Consapevole che:

Le attività svolte con il gruppo non comportano alcun problema o rischio per la
maggior parte delle persone. Tuttavia, per molti rappresentano un significativo
aumento del movimento quotidiano.

A tutela della propria salute e per sollevare il conduttore del gruppo da eventuali
responsabilità è necessario rispondere alle domande sotto riportate segnando con
una **X** le risposte:

- avverte qualche tipo di dolore al petto quando fa uno sforzo fisico? SI NO
- ha accusato dolore al petto non collegato a sforzo fisico nell'ultimo mese? SI NO
- le è capitato, negli ultimi mesi, di perdere l'equilibrio a causa di vertigini? SI NO
- in qualche occasione le è capitato di perdere conoscenza? SI NO
- il medico di fiducia le ha già consigliato di limitare l'attività fisica in base alle sue
condizione di salute? SI NO
- lei è stato completamente inattivo per un lungo periodo? SI NO

se si è risposto SI a una delle domande, si deve contattare il medico di fiducia per
avere un consiglio sulla partecipazione al gruppo _____.

se si è risposto NO a tutte le domande, si deve comunque iniziare lentamente e
aumentare gradualmente l'attività fisica.

Durante l'attività il/la sottoscritto/a si impegna a:

- tenere un comportamento disciplinato, ispirato al rispetto reciproco e alla buona
educazione;
- collaborare con gli accompagnatori e gli altri componenti del gruppo, al fine di
assicurare la buona riuscita dell'attività e di garantire a tutti la massima sicurezza;
- munirsi di idoneo equipaggiamento;
- seguire l'itinerario prestabilito e non allontanarsi dal gruppo, intraprendendo percorsi
alternativi di propria iniziativa;

- rispettare gli appuntamenti e le gli orari previsti per le varie fasi dell'attività

DICHIARA

1. di essere in condizioni psicofisiche idonee per l'attività e non avere patologie contrastanti all'attività svolta
2. di essere a conoscenza dei rischi, prevedibili ed imprevedibili, connessi alla pratica dell'attività, pur non potendosi considerare tale un'attività potenzialmente pericolosa e di averne parlato con il medico curante se si è risposto si ad una delle domande
3. di essere a conoscenza che non vi è alcuna copertura assicurativa collettiva contro gli infortuni

DICHIARA INOLTRE

4. di assumersi sin da ora ogni e qualsiasi responsabilità riguardo la mia persona per danni personali e/o procurati ad altri (e/o a cose) direttamente o indirettamente a causa di un mio comportamento;
5. di sollevare il Walking Leader da ogni responsabilità civile e penale per lesioni, per qualsivoglia danno (anche causato da terzi) in conseguenza di infortuni cagionati a sé o a terzi e malori, dovessero derivare alla mia persona in occasione ed a causa dell'attività di gruppo svolta,
6. di avere attentamente letto e valutato il contenuto del presente documento e di avere compreso chiaramente il significato di ogni singolo punto prima di sottoscriverlo.

Luogo e data _____ Firma _____