Modulo informativo sulle esigenze speciali (SNIF)

Nome e cognome del passeggero:	
Data di nascita:	**Nazionalità:**
Nave:	**Data di partenza:**
N. prenotazione:	**N. cabina:**
Recapiti (e-mail o numero di telefono):	
Nome e cognome dell'accompagnatore o tutore legale (se richiesto):	

Nota: potrebbe essere necessario un accompagnatore a seconda delle condizioni di salute e/o della sistemazione prenotata

Si prega di leggere il documento "Informazioni mediche e requisiti per viaggiare con Costa Crociere", **che è parte integrante dei Termini e Condizioni di Costa,** PRIMA di rispondere al presente questionario. Le indicazioni fornite nella guida aiuteranno a rispondere in maniera esaustiva e corretta. I presenti moduli devono essere compilati e inviati agli Uffici di Costa insieme al *Consenso del soggetto al trattamento di dati sensibili* compilato in ogni sua parte e firmato dall'ospite o dal suo tutore legale. Accertarsi che questo modulo sia compilato soltanto per una persona alla volta e IN STAMPATELLO o dattiloscritto.

NOTE IMPORTANTI:

- È fondamentale riferire qualsiasi condizione fisica o mentale, una disabilità, malattie o altre esigenze che richiedano disposizioni mediche speciali, attrezzature/forniture mediche o cure o assistenza specialistiche durante il viaggio. In caso contrario, l'imbarco potrebbe essere negato o si potrebbe procedere con lo sbarco dalla nave o dal velivolo. Potremmo richiedere la documentazione medica che attesti la propria idoneità al viaggio. Per ulteriori dettagli, si rimanda ai nostri Termini e condizioni generali.
- Se è in corso un trattamento medico o in presenza di una condizione che potrebbe richiedere cure a bordo, o qualora fosse necessario qualsiasi tipo di assistenza, si prega di fornirci informazioni dettagliate almeno **40 giorni prima della partenza** o al momento della prenotazione.
- La dichiarazione del medico non deve risalire a più di **3 mesi** (90 giorni) dalla data della partenza.
- In caso di cambiamenti delle condizioni di salute o della disabilità dopo l'inoltro del modulo, si prega di contattarci immediatamente per fornire qualsiasi nuova informazione aggiornata prima della vacanza.
- Si raccomanda di portare con sé una copia della propria cartella clinica (ad es. ECG, elenco dei farmaci, anamnesi clinica, ecc.) per assisterci qualora fossero necessarie cure mediche durante il viaggio.
- Si rammenta di portare con sé tutti i farmaci necessari all'interno del bagaglio a mano, in quantità sufficiente per l'intera crociera.
- Si consiglia vivamente di procurarsi un'assicurazione di viaggio aggiuntiva che copra le emergenze mediche, compresa l'evacuazione se necessaria.
- Si prega di ricordare che spettano il dovere e la responsabilità esclusivi di portare a bordo eventuali farmaci e/o attrezzature di cui potrebbe aver bisogno durante la crociera, dal momento che tali articoli potrebbero non essere disponibili presso le strutture mediche di bordo. Spettano inoltre al passeggero il dovere e la responsabilità esclusivi di assumere i propri farmaci come indicato dal medico.

Consenso dell'interessato al trattamento dei dati sensibili

Per ulteriori informazioni riguardanti l'Informativa sulla privacy, si prega di fare riferimento al documento Privacy sulla nostra pagina Web o scansionare questo codice QR:



Io sottoscritto/a....., nato/a a..... il ..... e residente a ....., avendo letto ed esaminato le informazioni fornite dal Titolare del trattamento dei dati ai sensi dell'Articolo 13 del Regolamento generale sulla protezione dei dati (RGPD) e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà "categorie speciali di dati personali" definite nell'Art. 9 del RGPD:

• do il mio consenso al trattamento dei miei dati sensibili necessari per la prestazione dei servizi menzionati nel foglio informativo.

Luogo, Data ..... Firma.....

• do il mio consenso alla divulgazione dei dati alle parti menzionate nel foglio informativo.

Luogo, Data ..... Firma.....

Consenso **del genitore o tutore** in caso di trattamento di dati sensibili riguardanti un/a minore o un/a adulto/a incapace
• Io sottoscritto/a....., nato/a a.....il ..... e residente a....., in qualità di genitore/tutore di....., avendo letto ed esaminato l'informativa fornita dal Titolare del trattamento dei darti ai sensi dell'Articolo 13 del RGPD e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà "categorie speciali di dati personali" definite nell'Art. 9 del RGPD:
• do il mio/nostro consenso al trattamento dei dati sensibili riguardanti..... necessari per la prestazione dei servizi menzionati nel foglio informativo.

Luogo, Data..... Firma.....

• Do il mio/nostro consenso alla divulgazione dei dati alle parti menzionate nel foglio informativo.

Luogo, Data..... Firma.....

Confermo che le informazioni fornite di seguito sono vere e accurate. Prendo atto che qualora le mie circostanze cambiassero, dovrò aggiornare i miei dettagli prima del viaggio. Ho letto e comprendo tutti gli aspetti della guida allegata "Informazioni mediche e requisiti per viaggiare con Costa Crociere" e accetto i termini del viaggio.

Luogo, Data..... Firma.....

Valutazione medica

- **Soffre di una condizione medica che attualmente non risulta stabilizzata o di una malattia grave che potrebbe diventare instabile e richiedere un trattamento durante il viaggio?**
  (ad es. anemia grave, condizioni cardiache, respiratorie o neurologiche significative che hanno richiesto il ricovero ospedaliero negli ultimi tre mesi, interventi chirurgici o procedure mediche nelle ultime sei settimane, tumore [attualmente in fase di trattamento o sottoposto a cure palliative], patologie psichiatriche attive o non controllate, malattie renali gravi)

  □SÌ □NO

  In caso affermativo, si prega di inviare la DICHIARAZIONE DEL MEDICO - Modulo A1, compilata dal proprio medico.
- **Soffre di una qualsiasi condizione medica che necessita di dispositivi medici esterni salvavita?** (ad es. ventilatori, pompe nutrizionali, aspiratore, ecc.) □SÌ □NO

  In caso affermativo, si prega di inviare la DICHIARAZIONE DEL MEDICO - Modulo A1, compilata dal proprio medico.

Assistenza medica

- **Soffre di una qualsiasi delle seguenti condizioni mediche?**

  Si prega di spuntare le risposte pertinenti

  □ Condizione medica che richiede l'uso di iniezioni (ad es. insulina, eparina, ecc)
  - Ha bisogno di un "Contenitore per siringhe/aghi"? □SÌ □NO
  - Porterà a bordo il suo contenitore per lo smaltimento di oggetti taglienti? □SÌ □NO

  In caso affermativo, si prega di fare riferimento alla sezione 3.12 delle "Informazioni mediche e requisiti per viaggiare con Costa Crociere"

  □ Condizione medica che richiede un trattamento di dialisi peritoneale
  In caso affermativo, si prega di fare riferimento alla sezione 3.3 delle "Informazioni mediche e requisiti per viaggiare con Costa Crociere"

  □ Condizione medica che richiede l'uso di un dispositivo medico elettrico
  - □ CPAP, BiPAP
  - □ Concentratori di ossigeno
  - □ Dispositivo di riscaldamento
  - □ Macchina per inalazione
  - □ Pompa di alimentazione
  - □ Pacemaker/defibrillatore impiantato
  - □ Altro: _____

  In caso affermativo, si prega di fare riferimento alla sezione 3.1 delle "Informazioni mediche e requisiti per viaggiare con Costa Crociere"

  □ Condizione medica che richiede l'uso di ossigeno sotto pressione
  In caso affermativo, si prega di fare riferimento alla sezione 3.4 delle "Informazioni mediche e requisiti per viaggiare con Costa Crociere"

  Si prega di specificare il numero e le dimensioni delle bombole che verranno portate a bordo:
  Quantità di bombole: _____ Dimensioni in litri di ciascuna bombola: _____
  Dimensioni della bombola (lunghezza x larghezza x altezza): _____
  Peso (kg): _____

- ☐ Qualsiasi condizione medica o livello di autonomia che richieda l'assistenza di un caregiver e/o tutore legale.
  In caso affermativo, si prega di fare riferimento alla sezione 1.6 delle "Informazioni mediche e requisiti di accessibilità per gli ospiti di Costa Crociere"
  In caso affermativo, si prega di inviare la DICHIARAZIONE DEL MEDICO - Modulo A1, compilata dal proprio medico

- ☐ Qualsiasi condizione medica che richieda l'assistenza di un cane da lavoro certificato.
  In caso affermativo, si prega di fare riferimento alla sezione 1.5 delle "Informazioni mediche e requisiti per viaggiare con Costa Crociere"
  In caso affermativo, si prega di inviare la DICHIARAZIONE DEL MEDICO - Modulo A1, compilata dal proprio medico (non necessaria per il cane guida in caso di compromissione della vista)

- ☐ Trasporta farmaci che necessitano di refrigerazione?
  - ➢ Ha bisogno di una borsa frigo (solo per Costa Toscana e Costa Smeralda)

    □SÌ □NO

  In caso affermativo, si prega di fare riferimento alla sezione 3.11 delle "Informazioni mediche e requisiti per viaggiare con Costa Crociere"

Assistenza per disabili

Spuntare le voci pertinenti

- ☐ **Mobilità ridotta o limitata**
  - ☐ Scooter elettrico per disabili
  - ☐ Sedia a rotelle manuale
  - ☐ Sedia a rotelle elettrica
  - ☐ Deambulatore
  - ☐ Altro.....

Marca e modello: .....

- ➢ In caso di dispositivo elettrico, tipo di batteria usata:
  - ☐ A gel
  - ☐ Batterie al litio
  - ☐ Batterie dry

- ➢ Si prega di fornire i dettagli delle dimensioni da aperto e chiuso, l'altezza e il peso della **sedia a rotelle o dello scooter per disabili:**

  Chiuso: larghezza: ..... cm Lunghezza: ..... cm Altezza: ..... cm
  Aperto: larghezza: ..... cm Lunghezza: ..... cm Altezza: ..... cm
  Peso della sedia a rotelle: ..... kg Peso dell'ospite: ..... kg
  Altezza dalla testa al pavimento in posizione seduta sulla sedia a rotelle: ..... cm

- ➢ Si prega di fornire i dettagli delle dimensioni da aperto del **deambulatore**:

  Larghezza: ..... cm Lunghezza: ..... cm Altezza: ..... cm

- Si prega di fornire i dettagli delle dimensioni da aperto e chiuso, l'altezza e il peso dell'**argano o sollevatore**:

  Chiuso: Larghezza: ..... cm Lunghezza: ..... cm Altezza: ..... cm

  Aperto: Larghezza: ..... cm Lunghezza: ..... cm Altezza: ..... cm

- È in grado di salire su un autobus autonomamente? □SÌ □NO

Per ulteriori informazioni si prega di fare riferimento alla sezione 1.2 delle "Informazioni mediche e requisiti per viaggiare con Costa Crociere"

□ **Compromissione dell'udito (di qualsiasi grado)**

In caso affermativo, si prega di fare riferimento alla sezione 1.3 delle "Informazioni mediche e requisiti per viaggiare con Costa Crociere"

□ Desidera avere un DISPOSITIVO DI CHIAMATA SILENZIOSA in cabina? □SÌ □NO

□ **Compromissione della vista (di qualsiasi grado)**

In caso affermativo, si prega di fare riferimento alla sezione 1.4 delle "Informazioni mediche e requisiti per viaggiare con Costa Crociere"

□ Ha bisogno di un cane guida certificato a bordo con lei? □SÌ □NO

□ Desidera avere un DISPOSITIVO DI CHIAMATA SILENZIOSA in cabina? □SÌ □NO

□ **Compromissione del linguaggio (di qualsiasi grado)**

In caso affermativo, si prega di fare riferimento alla sezione 1.3 delle "Informazioni mediche e requisiti per viaggiare con Costa Crociere"

□ Desidera avere un DISPOSITIVO DI CHIAMATA SILENZIOSA in cabina? □SÌ □NO

Assistenza d'emergenza

Nell'improbabile evento di un'emergenza a bordo, avrà bisogno di assistenza da parte del nostro personale per raggiungere il punto di raccolta? □SÌ □NO

In caso affermativo, indichi quale situazione si applica a lei:

- □ Non riesco a usare le scale per cui avrei bisogno di una sedia o una barella di evacuazione
- □ Peso più di 120 kg
- □ Peso più di 150 kg

In caso affermativo, si prega di fare riferimento alla sezione 1.8 delle "Informazioni mediche e requisiti per viaggiare con Costa Crociere"

Assistenza di viaggio

Ha bisogno di assistenza negli spostamenti verso la nave? □SÌ □NO

Ha acquistato un viaggio aereo tramite Costa Crociere? □SÌ □NO

Ha acquistato un pacchetto pre- o post-crociera tramite Costa Crociere? □SÌ □NO

In caso affermativo, si prega di fornirci il MODULO PER IL TRASPORTO AEREO-TERRESTRE - Modulo A2.

Allergie

Soffre di qualche allergia alimentare? □SÌ □NO

In caso affermativo, si prega di fare riferimento alla sezione 5 delle "Informazioni mediche e requisiti per viaggiare con Costa Crociere"

In caso affermativo, si prega di inviare il MODULO ALLERGIE - Modulo A3