



DECLARACIÓ RESPONSABLE DE SALUT RESPECTE A LA COVID19

NOM:

DNI:

NOM REPRESENTANT LEGAL (menors):

DNI REPRESENTANT LEGAL (menors):

CONTACTE (telèfon mòbil o correu electrònic):

DECLARO RESPONSABLEMENT

Que en relació amb la COVID-19 no concorren en la meva persona cap de les següents circumstàncies:

- No presento cap simptomatologia (febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea ...) o qualsevol altra quadre infecció.
- No he estat en contacte proper amb alguna persona o persones amb simptomatologia provable o confirmada per infecció de COVID-19 en els 14 dies immediatament anteriors al de la signatura d'aquest document.

Aquesta informació serà tractada de forma confidencial i la seva exclusiva finalitat és adoptar les mesures necessàries per evitar el contagi i la propagació del virus. En complimentar el present document, el sotassinat atorga el consentiment exprés perquè la Federació tracti aquestes dades des del punt de vista mèdic i preventiu.

Així mateix, es fa saber que en signar el present document declara conèixer les mesures específiques de protecció i higiene adoptades l'organització de l'Olla de Núria pel correcte desenvolupament de la pràctica esportiva; l'observança de les quals és obligatòria en l'activitat organitzada.

El compliment de les mesures esmentades és responsabilitat individual de cadascun dels participants, amb total indemnitat a l'organització, dels contagis que en el seu cas es poguessin produir.

I per a que així consti als efectes oportuns,

SIGNO

A _____, el _____ de _____ de 2021