Declaració de salut

Esdeveniment:

Data de signatura d'aquesta declaració:

Nom:

Cognoms:

DNI/Passaport:

Telèfon de contacte:

Correu electrònic:

DECLARA

1.No haver estat en contacte amb una persona afectada pel *COVID-19, fins i tot en absència de símptomes, per un espai d'almenys 14 dies.

2.No tindre cap símptoma de sospita d'infecció per *coronavirus: febre, cansament, somnolència,símptomes respiratoris (tos, mal de gola, dificultat respiratòria, ofec), molèsties digestives, alteracions del gust o l'olfacte, o qualsevol altra alteració de salut no diagnosticada.

3.No estar en situació de risc d'acord amb les normatives en vigor.

4.Que informarà immediatament l'organització de qualsevol canvi en la seua situació de salut en relació al *COVID 19, que puga aparéixer durant els dies de la competició o amb posterioritat a la data de signatura d'aquesta Declaració de Salut.

5.He llegit i accepte la política de privacitat

Signatura

Segons estableix el Reglament General de Protecció de Dades de caràcter personal (*RGPD) i el seu desplegament normatiu, t'informem que les dades recollides mitjançant aquest formulari, s'incorporaran a un arxiu propietat de C.A LA MALLÀ TOT PULMÓ per a ser utilitzats amb la finalitat de donar compliment a la normativa establida per a prevenció del *COVID-19. Enviant aquest formulari estàs autoritzant el tractament de les teues dades personals amb les finalitats abans exposades