Declaración de salud

NOMBRE

APELLIDOS

TELÉFONO

DNI/NIF

CORREO ELECTRÓNICO

FECHA

El abajo firmante, declara bajo su responsabilidad:

1. No haber estado en contacto con una persona afectada por el COVID-19, incluso en ausencia de síntomas, por un espacio de al menos 14 días.

2. No tener ningún síntoma de sospecha de infección por coronavirus: fiebre, cansancio, somnolencia, tener ningún síntoma de sospecha de infección por coronavirus: fiebre, cansancio, somnolencia, síntomas respiratorios (tos, dolor de garganta, dificultad respiratoria, ahogo), molestias digestivas, alteraciones del gusto o el olfato, o cualquier otra alteración de salud no diagnosticada.

3. No estar en situación de riesgo de acuerdo con las normativas en vigor.

4. Que informará inmediatamente a la organización de cualquier cambio en su situación de salud en relación al COVID 19, que pueda aparecer durante los días de la competición o con posterioridad a la fecha de firma

5. He leído y acepto la política de privacidad leído y acepto la política de privacidad

Firma