



## DECLARACION RESPONSABLE

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

DNI/NIE/PAS

Fecha de nacimiento

Licencia

NOMBRE DE LA PRUEBA

**X SUBIDA DE SANTO DOMINGO**

19 DE JUNIO 2021

DEPORTISTA  ASISTENCIA  OFICIAL

Bajo se propia responsabilidad a todos los efectos legales

### DECLARA

De conformidad con la legislación vigente y con el objetivo principal de la preservación de la salud y para la seguridad en las competiciones en relación con el riesgo de COVID-19, he sido informado y acepto que no se permitirá el acceso al área de la competición si una persona:

- Está sujeto a medidas de cuarentena
- Tiene Covid-19 activo
- Tiene o ha tenido una temperatura corporal superior a 37.5 ° en los últimos 5 días
- Tiene o ha tenido alguno de los otros síntomas en los últimos 5 días, a saber: una fuerte reducción en sabor (sabores), fuerte reducción del olor (olores), tos seca, dificultad respiratoria, agotamiento severo, congestión nasal, dolor de cabeza, diarrea.
- Ha estado en contacto directo con personas positivas para Covid-19 en los 14 días anteriores, o con sus propios familiares, aunque asintomático.

EL FIRMANTE CERTIFICA QUE:	SI	NO
Está sujeto a cuarentena de Covid19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Covid-19 en proceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene o ha tenido fiebre en los últimos 14 días con temperaturas > = 37. 5º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene o ha tenido perdida de olfato o de sabores en los últimos 14 días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene o ha tenido tos seca durante los últimos 14 días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene o ha tenido dificultades para respirar en los últimos 14 días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene o ha tenido fatiga severa en los últimos 14 días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene o ha tenido congestión nasal en los últimos 14 días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene o ha tenido dolor de cabeza en los últimos 14 días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene o ha tenido diarrea en los últimos 14 días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los últimos 14 días ha estado en contacto con personas con Covid19 positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿En caso afirmativo, el estado inmunológico actual de esa persona es positivo? Fecha del test y su resultado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

**En caso afirmativo de tres condiciones del cuestionario tendrá que acreditar la negatividad del Covid19 mediante un test PCR realizado en las últimas 72 horas.**

Se compromete a comunicar con prontitud al COORDINADOR O RESPONSABLE MÉDICO COVID de la prueba cualquier cambio en las declaraciones emitidas hoy.

Para cumplir con todas las disposiciones de la legislación firma la presente.

**En..... a ..... de ..... De 2021**

**Fdo. ....**

**DNI.....**

**INFORMACION ADICIONAL**

Responsable del Tratamiento (Entidad Organizadora)

CIF: (Entidad Organizadora).

Dirección y Correo electrónico (Entidad Organizadora).

Finalidad: rastreo de contactos en prevención de contagios por Covid-19.

Plazo de conservación: 30 días tras la finalización de la prueba, salvo en aquellos casos de incidencia.

Cesiones de datos: Entidades sanitarias en caso de incidencia.

Puede ejercer sus derechos a través del mail de contacto de la entidad o ante la dirección arriba indicada por escrito y aportando prueba de su identidad.

Puede reclamar el derecho de tutela ante la Agencia Española de Protección de Datos.