



DECLARACIÓN RESPONSABLE DE COVID 19

☐ DEPORTISTA

☐ OFICIAL

☐ MECÁNICO

☐ PRENSA

Prueba: _____ Fecha: _____

D/Dª con DNI.....

Licencia número y domiciliado en.....

con teléfono móvil de contacto y con correo electrónico

.....

DECLARA:

- No presentar sintomatología compatible con la enfermedad COVID 19, ni haber estado en contacto directo con persona confirmada o probable de COVID 19 en los últimos 14 días.
- Que durante su asistencia a la prueba antes mencionada, cumplirá con las instrucciones de seguridad relativas al COVID 19, siendo ésta una relación de medidas preventivas no exhaustiva, que se completará con las indicaciones que aporte en cada momento el personal organizador de la prueba:
 1. En todo momento utilizará mascarilla de seguridad
 2. Mantendrá una distancia de seguridad de 1,5 a 2 m. con el resto de los asistentes en la medida de lo posible
 3. Se seguirán estrictamente las indicaciones del personal organizador de la prueba.
 4. Tendrá en cuenta que el virus se propaga al toser y estornudar (usará el antebrazo), así como a través del contacto directo.

Declaro bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente declaración y que, al día de la fecha, los datos declarados siguen siendo vigentes y que, en caso de resultar inciertos, eximo al organizador de toda responsabilidad, renuncio a cualquier tipo de compensación económica o material. Y me comprometo a comunicar con prontitud al organizador de la prueba y/o a la FCTA cualquier cambio en las declaraciones emitidas hoy en esta declaración.

Este documento, se deberá de enviar debidamente rellenado a: **latrazadasport@hotmail.com**

....., a de de 2021

Firma