



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

COVID-19

Yo: (APELLIDOS Y NOMBRE).....

Con DNI..... Y número de teléfono.....

1. Declaro No tener ninguna enfermedad crónica y no estar en grupo de riesgo frente al COVID- 19.
2. Declaro que en los últimos 15 días no he tenido síntomas asociados al COVID-19 y que no he estado en contacto con persona contagiada por el mismo virus.
3. Declaro que cumpliré todas las normas y medidas sanitarias propuestas por la Organización del VIII DESAFÍO CALAR DEL RÍO MUNDO y las Autoridades Sanitarias para evitar la propagación y contagio del COVID-19.

FIRMA..... FECHA DE LA PRUEBA.....

DOCUMENTO A ENTREGAR EN LA MESA DE RECEPCIÓN

