

DECLARACIÓN DE SALUD



Fecha de firma de esta declaración:

Nombre:

Apellidos:

DNI/Pasaporte:

Teléfono de contacto:

Correo electrónico:

DECLARA

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 15 días.
2. No 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 de esta Declaración de Salud.
5. He leído y acepto la política de privacidad

Firma: