



DECLARACIÓ RESPONSABLE DE SALUT RESPECTE A LA COVID19

NOM:

DNI:

NOM REPRESENTANT LEGAL (menors):

DNI REPRESENTANT LEGAL (menors):

CONTACTE (telèfon mòbil o correu electrònic):

DECLARO RESPONSABLEMENT

Que en relació amb la COVID-19 no concorren en la meua persona cap de les següents circumstàncies:

- No presento cap simptomatologia (febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea ...) o qualsevol altra quadre infecció.
- No he estat en contacte proper amb alguna persona o persones amb simptomatologia provable o confirmada per infecció de COVID-19 en els 14 dies immediatament anteriors al de la signatura d'aquest document.

Aquesta informació serà tractada de forma confidencial i la seva exclusiva finalitat és adoptar les mesures necessàries per evitar el contagi i la propagació del virus. En complimentar el present document, el sotasignat atorga el consentiment exprés per tal que el club tracti aquestes dades des del punt de vista mèdic i preventiu.

Així mateix, es fa saber que en signar el present document declara conèixer les mesures específiques de protecció i higiene adoptades pel Club Esportiu Universitari pel correcte desenvolupament de la pràctica esportiva; l'observança de les quals és obligatòria en l'activitat organitzada pel mateix club.

El compliment de les mesures esmentades és responsabilitat individual de cadascun dels socis del club, amb total indemnitat del Club Esportiu Universitari dels contagis que en el seu cas es poguessin produir.

I per a que així consti als efectes oportuns,

SIGNO

A _____, el _____ de _____ de 2020