



DECLARACIÓN RESPONSABLE DE SALUD

IX CARRERA POR EL CAMPO “VILLA FERNÁN CABALLERO” 2021

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 14 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. Así mismo declara estar en condiciones físicas óptimas para la realización de esta prueba y lo hace bajo su entera responsabilidad, eximiendo a la Organización de la Prueba de los daños que pudiera causar o causarse por imprudencias o negligencias
6. He leído y acepto las normas de la carrera.

Firma