

ANEXO II DECLARACIÓN DE SALUD COVID- 19

Evento

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. 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

Según establece el Reglamento General de Protección de Datos de carácter personal (RGPD) y su despliegue normativo, te informamos que los datos recogidos mediante este formulario, se incorporarán a un archivo propiedad de UTHCD para ser utilizados con la finalidad de dar cumplimiento a la normativa establecida para prevención del COVID-19. Enviando este formulario estás autorizando el tratamiento de tus datos personales con las finalidades antes expuestas.