

DECLARACIÓ RESPONSABLE DE SALUT RESPECTE A LA COVID19

NOM (gimnasta):

DNI (gimnasta):

NOM REPRESENTANT LEGAL (menors):

DNI REPRESENTANT LEGAL (menors):

CONTACTE (telèfon mòbil o correu electrònic):

esportista del CGA L'Hospitalet

DECLARO RESPONSABLEMENT

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

- No presento cap simptomatologia (febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea...) o qualsevol altre quadre infecciós.
- No he estat en contacte amb alguna persona o persones amb simptomatologia probable o confirmada per infecció de la 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 sotassinat atorga el consentiment exprés perquè el Club tracti aquestes 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 Gimnàstica Artística L'Hospitalet 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 participants amb total indemnitat del club dels contagis que en el seu cas es poguessin produir.

I perquè consti als efectes oportuns,

SIGNO

A _____, el _____ de _____ de 2020