

Declaración de salud

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 ser una persona vulnerable por edad, por estar embarazada o por padecer afecciones médicas anteriores como, por ejemplo, hipertensión, arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades pulmonares crónicas, cáncer o inmunodepresión.
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

Política de privacidad

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 FEDME para ser utilizados con la finalidad de participar en la presente competición/actividad, así como la comunicación, promoción, relación y/o gestión de los servicios que ofrece a sus federados e inscritos en la competición/actividad. Enviando este formulario estás autorizando el tratamiento tus datos personales con las finalidades antes expuestas. Puedes ejercitar tus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación al tratamiento, portabilidad y oposición, dirigiendo un correo electrónico a proteccion-de-datos@fedme.es.