



MODELO DECLARACIÓN RESPONSABLE PARTICIPANTE NA ACTIVIDADE (DEPORTISTA e STAFF dun deportista ou entidade participante)*

D/Dª con nº de DNI/NIE
.....

actuando en nome propio ou como pai/nai/titor do interesado/a (menor de idade)

D/Dª con nº de DNI/NIE
.....

Para a actividade de Colombofilia Organizada pola Entidade Federación Colombófila Galega, desenvolvida en entre (día...) de (mes....) de 2020 e o (día...) de (mes....) de 2020.

SOLICITO que a persoa cuxos datos figuran no encabezamento (o interesado) participe nas actividades da organización exposta, para o cal, lin con detalle a información proporcionada pola propia organización e acepto as condicións de participación e expreso o meu compromiso coas medidas persoais de hixiene e prevención do protocolo da entidade e así mesmo,

DECLARO:

- Que o interesado cumpre os requisitos de admisión establecidos no documento de aceptación de condicións de participación, obriga de información e consentemento informado, non sendo grupo de risco.
- Que o interesado non convive con ninguén que sexa grupo de risco, ou que no caso de que así sexa, participa na actividade baixo a súa propia responsabilidade.
- Que lin e acepto os compromisos contidos no protocolo para previr o COVID-10 da entidade organizadora da actividade, publicados en (web, tablón de anuncios, etc...)
-
-

En, a..... de...de.....

A/A

da

Entidade.....

DECLARACIÓN RESPONSABLE A ENGADIR CO MODELO DE SOLICITUDE (DEPORTISTAS E RESPONSABLES DE ENTIDADES)

D/Dª con nº de DNI/NIE en representación da entidade con CIF

Para a actividade de Colombofilia Organizada pola Entidade Federación Colombófila Galega, desenvolvida en entre (día...) de (mes....) de 2020 e o (día...) de (mes....) de 2020.

SOLICITO que a Entidade que represento poida participar na actividade sinalada, para o cal, lin con detalle a información proporcionada pola propia organización e acepto as condicións de participación e expreso o noso compromiso coas medidas persoais de hixiene e prevención do protocolo da entidade e así mesmo,

DECLARA que:

- *Coñece o protocolo de volta á actividade deportiva da entidade Federación Colombófila Galega das instalacións tal e como marca o protocolo para cada un dos espazos.*
- *A pesar da existencia dun protocolo de volta a actividade, é consciente dos riscos que entrana a práctica deportiva en espazos pechados na situación pandémica actual.*
- *As persoas deportistas da entidade que representa, declaran á súa vez que NOS ÚLTIMOS 15 DÍAS NON TIVERON:*
 - *Padecido algún síntoma Covid:*
 - *Febre.*
 - *Cansazo.*
 - *Tos seca.*
 - *Dificultades para respirar.*
 - *Estado en contacto con persoa algunha que teña dado positivo en Covid-19.*
- *Avisará de forma inmediata aos responsables da Entidade se algunha das circunstancias anteriores sucedesen ou dese positivo en Covid-19, para que se tomen as medidas oportunas.*

A sinatura acredita estar conforme, e a aceptación das normas do protocolo establecido pola Entidade Federación Colombófila Galega

En, _____ de _____ de 202__

Asinado:

A persoa responsable da entidade

OUTROS

.....

DECLARA:

- *Que coñece o protocolo de volta á actividade deportiva da Entidade Federación Colimbofi-la Galega e o seu compromiso ao seu cumprimento de forma exhaustiva.*
- *Que accederei ás instalacións coas medidas de protección física e que as utilizarei sempre que a práctica deportiva o permita, e que cumprirei as normas de utilización das instala-cións que marca o protocolo do Centro para cada un dos espazos.*
- *Que, a pesar da existencia dun protocolo de volta á actividade, é consciente dos riscos que entraña a práctica deportiva nunha situación pandémica como a actual.*
- *Que non padecín síntomas do Covid-19 nos últimos 15 días:*
 - *Cadro clínico de infección respiratoria aguda (IRA) de aparición súbita e de calquera gravidade, incluíndo febre, tose ou falta de alento, entre outros.*
 - *Ante a presenza doutros síntomas atípicos como a odinofaxia, anosmia, ageusia, dores musculares, entre outros, é importante buscar outros indicios adicionais que apoiem a sospeita da infección. Será o xuízo clínico do profesional o que determine a realización de probas complementarias.*
- *Que non estiven en contacto con ningunha persoa que dera positivo en Covid-19 nos últi-mos 14 días.*
- *Que avisarei, de forma inmediata, aos Servizo Galego de Saúde se algunha das circunstan-cias anteriores sucedesen ou dese positivo en covid-19, para que se poidan tomar as medi-das oportunas.*

A sinatura acredita estar conforme, e a aceptación das normas e medidas establecidas no protocolo

En, _____ de _____ de 2020.

(sinatura)

D./D.^a, con DNI/NIE nº, como pai/nai/titor-a do/a interesado/a (menor de idade), con DNI/NIE nº

Declaro baixo a miña responsabilidade que solicito que o neno ou nena cuxos datos figuran no encabezamento (o interesado/a) participe en....., para o cal lin con detalle a información proporcionada pola propia organización e acepto as condicións de participación, expreso o meu compromiso coas medidas de hixiene e prevención obrigatorias e asumo toda a responsabilidade fronte á posibilidade de contaxio por Covid-19.

(Marque cun X no que proceda.)

	Declaro que o/a interesado/a cumpre os requisitos de admisión establecidos no protocolo, non sendo grupo de risco.
	Declaro que o/a interesado/a non convive con ninguén que sexa grupo de risco, ou que, no caso de que sexa así, participa na actividade baixo a súa propia responsabilidade.
	Comprométome a notificar diariamente o estado de saúde á entidade organizadora da actividade.....

	Lin e acepto os compromisos requiridos no apartado do protocolo

	Declaro que recibín e lin o protocolo de adecuación da actividade á Covid-19 da entidade responsable da actividade e que por tanto teño coñecemento pleno e estou de acordo coas medidas e procedementos que propón.
	Declaro que recibín e lin o Protocolo de prevención e de actuación en caso de risco de contaxio ou contaxio positivo da entidade responsable da actividade.

	Declaro que, tras ter recibido e lido atentamente a información contida nos documentos anteriores das bases de participación, son consciente dos riscos que implica a participación da persoa interesada na actividade no contexto da crise sanitaria provocada pola Covid-19, que asumo baixo a miña propia responsabilidade.

En, a de de 2020.

Asdo:

ACEPTACIÓN DE CONDICIÓN DE PARTICIPACIÓN, OBRIGA DE INFORMACIÓN E CONSENTIMIENTO INFORMADO, PARA PARTICIPAR NA ACTIVIDADE (NOME DA ACTIVIDADE OU PROGRAMA) ORGANIZADA POR (NOME DA ENTIDADE ORGANIZADORA)

D/D^a con DNI/NIE

actuando en nome propio (persoa participante maior de idade)

como proxenitor/titor-a da persoa participante (menor de idade):

D/D^a con DNI/NIE

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE CONDICIÓN DE SAÚDE

Declaro que a persoa participante non está diagnosticada de Covid-19, non presenta sintomatoloxía asociada a este virus (tose, febre, dificultade ao respirar, etc.) nin a presentou nos 14 días previos á data de entrada nesta actividade e non padece ningunha outra enfermidade contaxiosa.

Declaro que a persoa participante non convive con ninguén afectado polo Covid-19 nin estivo en contacto estreito nin compartiu espazo sen gardar a distancia interpersoal cunha persoa afectada polo Covid-19, nos 14 días previos á entrada nesta actividade.

Comprométome a notificar inmediatamente á organización calquera problema de saúde vinculado ao COVID-19 durante o transcurso da actividade.

DECLARACIÓN DE COÑECEMENTO DOS RISCOS PARA PERSOAS VULNERABLES (*marcar no caso de ser ou convivir con PERSOA VULNERABLE: persoa maior de 60 anos/ persoa diagnosticada de hipertensión arterial, diabetes, enfermidades cardiovasculares, enfermidades pulmonares crónicas, cáncer, inmunodeficiencias/muller embarazada/ persoa con afeccións médicas anteriores*).

Sendo, a persoa participante, persoa vulnerable e/ou convivinte cunha persoa vulnerable, declaro que son consciente do risco que corre tanto a persoa vulnerable participante como as persoas vulnerables coas que convive.

ACEPTACIÓN DAS CONDICIÓN PERSOAIS DE HIXIENE E PREVENCIÓN FRONTE AO COVID-19

Lin e acepto as condicións de hixiene e prevención nas que se vai desenvolver a actividade.

DECLARACIÓN DE QUE LEU E ACEPTA A INFORMACIÓN PROPORCIONADA POLA ORGANIZACIÓN SOBRE A ADAPTACIÓN DA ACTIVIDADE AO COVID-19

Declaro que recibín e lin a información de adecuación da actividade ao COVID-19 da entidade

responsable da actividade e que polo tanto teño coñecemento pleno e estou de acordo coas medidas e procedementos que propón.

Declaro que recibín e lín o Protocolo de actuación en casos de emerxencia ou risco de contaxio da entidade responsable da actividade.

CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE COVID-19

Declaro que, logo de recibir e ler atentamente a información contida nos documentos anteriores, son consciente dos riscos que implica, para a persoa participante e para as persoas que conviven con el, a participación na actividade no contexto da crise sanitaria provocada polo COVID-19, que asumo baixo a miña propia responsabilidade.

En, a..... de....de.....