

FORMULARIO

El abajo firmante, bajo su propia responsabilidad a todos los efectos legales.

DECLARA

De conformidad con la legislación vigente, así como del PROTOCOLO SANITARIO DE LA FEDERACION CANARIA DE CICLISMO para la adaptación del deporte del ciclismo y su reincorporación a la normalidad, y con el objetivo principal de la preservación de la salud de todos, para la seguridad en las competiciones en relación con el riesgo de Covid-19, he sido informado y acepto que no se me permitirá el acceso al área de la competición:

Está sujeto a cuarentena de Covid19	SI	NO
Covid-19 en proceso	SI	NO
Tiene o ha tenido fiebre en los últimos 14 días con temperaturas $\geq 37.5^\circ$	SI	NO
Tiene o ha tenido perdida de olfato o de sabores en los últimos 14 días	SI	NO
Tiene o ha tenido tos seca durante los últimos 14 días.	SI	NO
Tiene o ha tenido dificultades para respirar en los últimos 14 días.	SI	NO
Tiene o ha tenido fatiga severa en los últimos 14 días.	SI	NO
Tiene o ha tenido congestión nasal en los últimos 14 días.	SI	NO
Tiene o ha tenido dolor de cabeza en los últimos 14 días.	SI	NO
Tiene o ha tenido diarrea en los últimos 14 días.	SI	NO
Los últimos 14 días ha estado en contacto con personas con Covid19 positivo .	SI	NO

Y se compromete a Comunicar con prontitud al Jefe Médico o Coordinador de la Seguridad Sanitaria de la prueba _____ cualquier cambio en las declaraciones emitidas hoy y para cumplir con todas las disposiciones de la legislación vigente, así como de la Resolución 4 de Mayo de 2020, de la Presidencia del Consejo Superior de Deportes, por la que se aprueba y publica el Protocolo Básico de actuación para la vuelta a los entrenamientos y el reinicio de las competiciones federadas y profesionales, y el Protocolo Sanitario Complementario de Refuerzo Sectorial de la Real Federación Española de Ciclismo.

Fdo. Nombre completo, dni, firma y fecha.