



BALAIIDOS C.F.

DECLARACION RESPONSABLE SINTOMATOLOXIA

D/D^a _____ con DNI n^o _____, con enderezo a estes efectos en (*poñer rúa, andar e código postal*) _____, con teléfono de contacto n^o _____, e con correo electrónico para avisos _____

DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE:

- Que NON sufrín ningunha sintomatoloxía relacionada co virus COVID-19 nos 14 días previos, garantindo que a miña saúde foi a axeitada.
- Que NON estiven, nos últimos 14 días, en contacto con ningunha persoa que padeza o virus COVID-19 nin presente sintomatoloxía.
- Que NON viaxei a países de risco nos últimos 14 días.
- Que NON asistirei os adestramentos ou partidos si presento sintomatoloxía relacionada co virus COVID-19, ou estivese en contacto con algunha persoa diagnosticada con COVID-19 ou con sintomatoloxía compatible co virus COVID-19, sendo comunicado inmediatamente este feito o responsable correspondente do Balaidos C.F.

A estes efectos se entendera por sintomatoloxía a recoñecida pola Organización Mundial da Saúde, e dicir, febre, tose seca, dificultade respiratoria, cansazo, así coma outros síntomas menos frecuentes (dores e molestias, conxestión nasal, dolor de cabeza, conxuntivites, dor de garganta, diarrea, perda do gusto e do olfacto e as erupcións cutáneas ou cambio de cor nos dedos das mans ou pes).

E para que conste expido a presente declaración responsable en _____, a ____ de _____ de _____

Fdo:.....