

DECLARACIÓN DE RIESGO COVID-19

El abajo firmante, D. _____, con
DNI: _____ Fecha de nacimiento _____
Teléfono _____ Domicilio _____
Localidad _____ Provincia _____ Cod. Postal _____
Licencia n. _____ como deportista / asistencia / oficial _____
de la competición / prueba _____
de _____ bajo su
propia responsabilidad a todos los efectos legales;

DECLARA

de conformidad con la legislación vigente, así como del PROTOCOLO SANITARIO COMPLEMENTARIO DE REFUERZO SECTORIAL DE LA REAL FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE AUTOMOVILISMO (PSCRS-RFEDA) para la adaptación del deporte del automovilismo y su reincorporación a la normalidad, y con el objetivo principal de la preservación de la salud de todos y la vuelta a los entrenamientos y el reinicio de las competiciones federadas y profesionales, para la seguridad en las competiciones en relación con el riesgo de Covid-19, he sido informado y acepto que no se permitirá el acceso al área de la competición si una persona:

- está sujeto a medidas de cuarentena
- tiene Covid-19 activo
- tiene o ha tenido una temperatura corporal superior a 37.5 ° en los últimos 5 días
- tiene o ha tenido alguno de los otros síntomas en los últimos 5 días, a saber: una fuerte reducción en sabor (sabores), fuerte reducción del olor (olores), tos seca, dificultad respiratoria, agotamiento severo, congestión nasal, dolor de cabeza, diarrea.
- ha estado en contacto directo con personas positivas para Covid-19 en los 14 días anteriores, o con sus propios familiares, aunque asintomático.

EL TITULAR CERTIFICA QUE:

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
¿En caso afirmativo, el estado inmunológico actual de esa persona es?	(+)	(-)
Fecha del test y su resultado _____		

En caso afirmativo de tres condiciones del cuestionario tendrá que acreditar la negatividad del Covid19 mediante un test PCR realizado en los últimos 5 días o mediante serología en los últimos 14 días.

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 Federación de Automovilismo de Castilla y León.

Lugar y fecha _____

Firma _____

DNI: _____