

### MODELO DE DECLARACIÓN RESPONSABLE

D/Da \_\_\_\_\_

con DNI nº \_\_\_\_\_ y domicilio en \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_


provincia \_\_\_\_\_, país \_\_\_\_\_

1. Que durante los últimos 14 días y en este momento:
  - a. No presento ninguna sintomatología compatible con el Covid-19 (fiebre, tos, dificultades respiratorias, malestar, diarrea...) o con cualquier otro cuadro infeccioso.
  - b. No estoy contagiado por Covid-19, no he obtenido resultados positivos en las pruebas ni he convivido con personas que han obtenido resultados positivos.
  - c. No he estado en contacto con ninguna persona con resultados positivos en las pruebas de Covid-19 ni que haya tenido sintomatología compatible con dicha enfermedad.
2. Que, en el caso de tener fiebre o síntomas compatibles con el Covid-19, me abstendré de participar en la prueba deportiva. Asimismo, informaré por medios telemáticos de mi estado a los responsables.
3. Que he leído el protocolo de actuación 2020 y acepto cumplirlo responsablemente en su totalidad. Asimismo me comprometo a informar a los responsables de cualquier irregularidad o conducta por parte de terceros que pueda poner en riesgo mi salud. Acepto igualmente que en caso de incumplimiento, pueda ser excluido de la prueba.
4. Que conozco la obligación de informar a los responsables de la actividad deportiva de la aparición de cualquier caso de Covid-19 en mi entorno familiar y de mantener actualizada dicha información.
5. Que accederé a las instalaciones con las medidas de protección física, y que las utilizaré siempre que la práctica deportiva lo permita, además, cumpliré con las normas de uso marcadas por la organización de la prueba.
6. Que pese a la existencia de un protocolo, soy consciente de los riesgos que entraña una situación pandémica como la actual, eximiendo al organizador de cualquier responsabilidad en caso de contagio.

7. Que me comprometo a realizar un AUTOTEST antes de cada etapa de la prueba, comprobando si mi temperatura corporal es superior a 37.5 °C o si tengo síntomas relacionados con la COVID-19, tales como cuadro clínico de infección respiratoria aguda (IRA); en caso afirmativo me comprometo a no asistir a la prueba deportiva, informando a las autoridades sanitarias de la competición por medios telemáticos y a seguir las instrucciones que se me dicten.
  
8. Que notificaré de forma inmediata al SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES) si se da alguna de las circunstancias anteriores o resultado positivo en COVID-19, para que se puedan tomar las medidas oportunas e iniciar el protocolo facilitado por el SES <https://saludextremadura.ses.es/web/publicationDetail?idItem=162522>

Por lo tanto declaro bajo mi responsabilidad que participaré en la prueba denominada **EXTREMADURA EUROPEAN PARACYCLING CUP** los días 17 y 18 de octubre, para lo cual he leído con detalle la información facilitada por la organización y acepto las condiciones de participación, expreso mi compromiso con las medidas de higiene y prevención obligatorias y asumo toda la responsabilidad por la posibilidad de contagio por COVID-19.

**LA FIRMA CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO Y ACEPTACION DE LAS NORMAS Y MEDIDAS ESTABLECIDAS EN EL PROTOCOLO DE LA ORGANIZACIÓN DE LA EXTREMADURA EUROPEAN PARACYCLING CUP**



En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020  
Fundación ciclista de Castilla-La Mancha

Fdo: \_\_\_\_\_  
(Nombre completo y DNI)