



DECLARACIÓN DE SALUD II ALAMEDA TRAIL MADRID

Nombre y apellidos:

DNI:

Marca en una de las siguientes opciones a que grupo perteneces:

Corredor/a

Voluntari@

Miembro de la organización

Miembro de un servicio contratado

Mediante el presente documento declaro que:

1. Confirmando haber recibido, conocer y aceptar el Protocolo de Medidas frente al COVID19 de este evento.
2. Encontrarme en perfecto estado de salud y no tener síntomas de la enfermedad del COVID19 como: fiebre, cansancio, somnolencia, síntomas respiratorios (tos, dolor de garganta, dificultad respiratoria, ahogo), molestias digestivas, alteraciones del gusto o el olfato, o cualquier otra alteración de salud no diagnosticada.
3. No he estado con ninguna persona afectada de COVID19 o con los síntomas anteriores en los últimos 14 días, incluidas las que me acompañan a este evento.
4. En caso de haber pasado el COVID19, las autoridades sanitarias me han indicado que mi presencia en el evento no entraña riesgo para mi persona o para el resto de asistentes.
5. He leído y acepto la política de privacidad: según establece el Reglamento General de Protección de Datos de carácter personal (RGPD) y su despliegue normativo, te informamos que los datos recogidos mediante este formulario, se incorporarán a un archivo propiedad de C.D.E. Alameda Trail Madrid para ser utilizados con la única finalidad de dar cumplimiento a la normativa establecida para prevención del COVID19. Entregando este formulario estás autorizando el tratamiento de tus datos personales con las finalidades antes expuestas. Puedes ejercitar tus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación al tratamiento, portabilidad y oposición, dirigiendo un correo electrónico a alamedatrailmadrid@gmail.com.

En, a día de de 2020.

Firma: