



Dades personals

Nom i cognom	NIF/NIE/Passaport	Edat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entitat que realitza l'activitat	<input type="text"/>	
Activitat que realitza	<input type="text"/>	
Dates de l'activitat	<input type="text"/>	

Menors d'edat

Nom i cognom del pare, mare o tutor/a	NIF/NIE/Passaport del pare, mare o tutor/a
<input type="text"/>	<input type="text"/>

DECLARO

Declaro, responsablement:

1. Que sóc coneixedor/a del context de pandèmia actual provocada per la Covid-19 i que accepto les circumstàncies i riscos que aquesta situació pot comportar durant el desenvolupament de l'activitat en la que en/la participa. Així mateix, entenc que l'equip i l'entitat organitzadora de l'activitat no són responsables de les contingències que puguin ocasionar-se en relació a la pandèmia durant l'activitat.

Expresso el meu compromís amb les Mesures personals d'higiene i prevenció obligatòries i assumeixo tota la responsabilitat davant la possibilitat de contagi per COVID-19.

2. Que durant els darrers 14 dies i en aquest moment:

- No presento/a cap simptomatologia compatible amb la covid-19 (febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea...) o amb qualsevol altre quadre infecció.
- No he/ha estat positiu de covid-19 ni ha conviscut amb persones que siguin o hagin estat positives.
- No he/ha estat en contacte estret amb cap persona que hagi donat positiu de covid-19 ni que hagi tingut simptomatologia compatible amb aquesta malaltia.
- Tinc/té el calendari vacunal al dia.

3. Seleccioneu una de les dues opcions:

- Que la persona participant no pateix cap de les malalties següents:
- **Malalties respiratòries** greus que necessiten medicació o dispositius de suport ventilatori.
 - **Malalties cardíques** greus.
 - **Malalties** que afecten al **sistema immunitari** (per exemple si necessita tractaments immunosupressors).
 - **Diabetis** mal controlada.
 - **Malalties neuromusculars o encefalopaties** moderades o greus.
- Que la persona participant pateix alguna de les malalties següents i s'ha valorat amb el metge/metgessa la idoneïtat de realitzar aquesta formació:
- **Malalties respiratòries** greus que necessiten medicació o dispositius de suport ventilatori.
 - **Malalties cardíques** greus.
 - **Malalties** que afecten al **sistema immunitari** (per exemple si necessita tractaments immunosupressors).
 - **Diabetis** mal controlada.
 - **Malalties neuromusculars o encefalopaties** moderades o greus

4. Que la persona participant és coneixedora de les mesures que s'han d'adoptar per reduir la probabilitat de contagi: **distància mínima de seguretat, mascareta respiratòria** en els espais interiors i en aquells exteriors en que no es pugui mantenir la distància de seguretat, **rentat de mans freqüent i compliment de la resta de protocols fixats** i que se m'han informat.

5. Que la persona participant no assistirà a l'activitat o servei, en el cas que tingui febre o presenti algun dels símptomes compatibles amb la covid-19.

6. Que la persona participant coneix l'obligació d'informar a l'entitat organitzadora de l'aparició de qualsevol cas de covid-19 en l'entorn familiar i de mantenir un contacte estret amb l'entitat organitzadora davant de qualsevol incidència.

Data i signatura

I, perquè així consti, als efectes de la incorporació d'en/la
a l'activitat que es portarà a terme a la instal·lació
, signo la present declaració de responsabilitat i
consento explícitament el tractament de les dades que hi ha en aquesta declaració.

El Prat de Llobregat, de/d' de

Signatura

Protecció de Dades

He estat informat/ada i accepto la política de protecció de dades.

En compliment de la normativa aplicable en matèria de protecció de dades personals, s'informa que tractem les dades de conformitat amb la informació continguda a la seu electrònica: <https://seu.elprat.cat/RegistreActivitatsTractament>

Es pot trobar informació addicional a la seu electrònica: <https://seu.elprat.cat/ProteccioDeDades>