



DECLARACIÓN RESPONSABLE

Nombre:	Apellidos
Nº DNI/NIF/NIE:	Edad:
E-mail:	Tfno contacto:

-
En los últimos 14 días no he tenido ningún síntoma compatible con la COVID 19

En los últimos 14 días no he tenido ningún resultado compatible con presencia de infección activa en una prueba diagnosticada de COVID-19

En los últimos 14 días no he convivido con personas que hayan estado declaradas caso positivo por COVID-19

En los últimos 14 días no he tenido contacto estrecho con enfermos por COVID-19

Esta declaración se hará extensiva hasta el día de la prueba. En caso afirmativo en algún punto de los mencionados anteriormente estará prohibida la presencia en el evento.

Declaro, bajo mi responsabilidad, la veracidad de los datos proporcionados.

Fecha y firma: _____.

Declaro, bajo mi responsabilidad, que llevaré a cabo todas las indicaciones sanitarias pertinentes.

Fecha y firma: _____.