**DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN**

PROTOCOLO COVID-19 EN LA CONCENTRACIÓN PRE-CHESTE

Datos:

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Club: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con la firma de este documento declaro que me comprometo a cumplir todas las medidas COVID que se indiquen durante de la Concentración Pre-Cheste desde la FTTCV y que en el caso de estar en uno de estos supuestos avisaré con antelación y renunciaré a la participación en la misma.

*a) PCR positiva, reciente.*

*b) Test de antígeno positivo, reciente.*

*c) Personas a la espera de un resultado de PCR o test de antígeno.*

*d) Personas con síntomas compatibles con la COVID-19 (https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/img/COVID19\_sintomas.jpg).*

*e) Personas que hayan estado en contacto con algún PCR o test de antígeno positivo reciente.*

Aquí su firma.

Fdo. Participante o representante legal.

Indique nombre, apellidos y DNI del firmante en caso de ser el representante legal.