



DECLARACIÓN RESPONSABLE



D./Dña., con NIF....., declaro bajo mi responsabilidad no presentar, ni haber presentado en los quince días previos al inicio del curso TEMT módulo 1 a celebrar los días 11 y 12 de febrero del 2023, síntomas compatibles con infección por COVID19 como, fiebre, dolor de garganta, pérdida de olfato, pérdida del gusto, problemas respiratorios...

Declaro no haber estado en contacto en los quince días previos al curso con ninguna persona con infección confirmada, sospechosa o con síntomas compatibles con infección por COVID19 sin haber utilizado los equipos y medidas de protección adecuados.

Así mismo declaro no estar aquejado de enfermedades de tipo cardiaco, respiratorio, neurológico o de cualquier otra índole que me incapacite para la realización de actividades físicas de media o alta intensidad.

Así mismo consiento que la organización, si lo ve necesario, me someta a un test de anticuerpos y gestiones los resultados obtenidos con fines de beneficio y seguridad pública.

Y para que conste donde proceda

Firmo:

En, a del 2023

He sido vacunado/a:

SI

NO

1 DOSIS Indicar tipo de vacuna:

2 DOSIS Indicar tipo de vacuna:

3 DOSIS Indicar tipo de vacuna:

TEST DE ANTIGENOS

POSITIVO

NEGATIVO