

## DECLARACIÓN DE SALUD COVID 19

ACTIVIDAD: ENCUENTRO DE MONITORES EAM DE ESQUÍ DE MONTAÑA

FECHA DE FIRMA DE LA DECLARACIÓN:

NOMBRE:

APELLIDOS:

DNI:

CLUB AL QUE PERTENECE Y TIPO DE LICENCIA:

TELÉFONO DE CONTACTO:

TELÉFONO DE EMERGENCIA:

CORREO ELECTRÓNICO:

### DECLARA

No haber estado en contacto con una persona afectada por COVID-19, incluso en ausencia de síntomas, por un espacio de, al menos, 14 días a la firma.

No tener ningún síntoma compatible con el desarrollo de infección por COVID-19: fiebre, tos, dificultades respiratorias, molestias digestivas, alteraciones de gusto y/u olfato, cualquier otra.

No estar en situación de riesgo conforme a las normas sanitarias actuales.

He leído y acepto la política de privacidad.

Firma (rúbrica junto a nombre y apellidos)

Fecha:

De conformidad con lo previsto por el nuevo **Reglamento de Protección de Datos Personales 2016/679** se le informa de que los datos obtenidos voluntariamente a través de este formulario de inscripción son responsabilidad FEDERACION ARAGONESA DE MONTAÑA, que los obtendrá, entre otras finalidades, para la gestión y formalización de la inscripción en la actividad, el envío de información necesaria para la participación y finalidades estadísticas. Sus datos no serán cedidos a terceros y serán conservados durante los plazos establecidos por la legislación vigente, una vez transcurridos estos plazos se procederá a su destrucción. Tendrá derecho a revocar el siguiente consentimiento y a acceder, rectificar y suprimir sus datos, así como cualquiera de los derechos que le otorga la normativa a la siguiente dirección: [dpd@fam.es](mailto:dpd@fam.es). Para más información sobre sus derechos o presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos - <http://www.agpd.es> - C/ Jorge Juan, 6. 28001 – Madrid (901 100 099 - 912 663 517).