

Youth Skyrunning World Championships 2021

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD NATIONAL TEAM

ACTIVIDAD INTERNACIONAL

National Team _____ El/la abajo firmante _____ nacido/a el
_____ en _____ residente en _____ (____) via
_____ Teléfono _____ Correo electrónico _____

En calidad de Presidente/Responsable del Equipo Nacional _____

DECLARA QUE:

- A) Que todos/todas los/las atletas inscritos en la competición y el personal directivo, entrenador y doctor, se han sometido a un tampón molecular*, con resultado negativo, dentro de los dos días de la llegada en el Hotel indicado por la organización, así como de la lista que se adjunta*;
- B) *Que todos/todas los/las atletas inscritos en la competición y el personal directivo, entrenador y doctor, se han sometido a un tampón molecular*, con resultado negativo, dentro de los dos días de la llegada en el Hotel indicado por la organización, así como de la lista que se adjunta** (para los Equipos que no reservan a través de la organización)
- C) Que todos/todas los/las atletas inscritos en la competición y el personal directivo, entrenador y doctor, tienen el Green Pass UE que se adjunta*;
- D) Que todos/todas los/las atletas inscritos en la competición tienen póliza de seguro relativo al evento, e idónea certificación médica.

Lugar y fecha _____

Firma _____

N.B. Se adjunta a la presente ficha un documento en vigor del firmante

El Presidente/ Responsable del Equipo, tendrá que hacer rellenar por todos sus atletas y enviar todas las declaraciones completadas por entero, antes de las 24.00 horas del 29 de julio de 2021.

*Todos los papeles deben ser enviados al correo: gransassoskyrace@gransassoskyrace.it

Protocolo COVID 2019 FISky, competencias federales, actualización 08-07-2021

FICHA AMNÉSTICA para el contagio por SARS- CoV2
De entregar personalmente a la secretaría de la competición

Apellido _____ Nombre _____ Fecha y lugar de nacimiento _____
Residente en _____ n° _____ Común _____
Provincia _____ Región _____ País _____ Teléfono _____
Correo electrónico _____

Atleta - Entrenador - Organizador - Voluntario - Más _____

Para _____ los/las _____ atletas:

1) Has sido afectada por COVID durante la certificación de idoneidad deportiva en vigor?
si sí, adjunto el certificado de vuelta a la actividad, expedida por el firmante de mi certificado de aptitud.

Para todos (incluidos los/las atletas)

- 1) Te has vacunado contra la gripe? Si sí, ¿cuándo? _____
- 2) En los últimos 14 días a partir de hoy, has tenido algunos de estos síntomas? SI-NO
- temperatura del cuerpo > 37,5°C SI-NO
- tos y/o dolor de garganta SI-NO
- cansancio y flojedad SI-NO
- dificultad respiratoria en reposo o bajo esfuerzo físico SI-NO
- diarrea SI-NO
- náuseas y/o vómitos SI-NO
- dolor de cabeza SI-NO
- modificaciones de los olores y del gusto SI-NO
- 3) En los últimos 14 días has estado con una o más personas contagiadas? SI-NO
- 4) En los últimos 14 días has estado en cuarentena? SI-NO
- 5) En los últimos 14 días has resultado positiva/o al covid? SI-NO

Ficha _____

Firma _____
(firma de quién ejerza la potestad parental)

Si has contestado "Sí" a una o más preguntas de la prueba (salvo la primera pregunta) para ser aceptado/a en la competición debes presentar un resultado negativo del test COVID, hecho 72 horas antes de la fecha de la competición. Las informaciones arriba se tratarán de conformidad con el Reglamento UE n.2016/679 (Reglamento general sobre la protección de datos personales) para los fines y modalidades de la información revelada de conformidad con el artículo 13 del Reglamento mismo y se usarán con el objetivo de permitir o no la participación en la competición o a su organización. Los requisitos de salud pública locales y globales determinarán la duración de la retención de datos.