

## **FORMULARI D'AUTOCERTIFICACIÓ SARS-COV-2 / COVID-19**

(en endavant denominat "**Participant**" o també "**Signatari**")

En consideració de que se li permeti competir, oficiar, observar, treballar o participar de qualsevol manera i/o se li permeti entrar per qualsevol propòsit en qualsevol ÀREA del CIRCUIT on es celebri l'ESDEVENIMENT, i CONSCIENT de les sancions i/o responsabilitats previstes en cas de falses declaracions i la creació o ús d'actes falsos **DECLARA I CERTIFICA SOTA LA SEVA PRÒPIA** RESPONSABILITAT el següent:

1. Que el Signatari ha reconegut el contingut del Protocol d'adaptació i Pla d'acció del Circuit de Barcelona-Catalunya per la represa de l'activitat Esportiva, la versió actual de la qual va ser proporcionada prèviament i reconeguda al Participant i estarà disponible per a la seva consulta en qualsevol moment abans i durant l'Esdeveniment;
2. Que el Signatari accepta i convé a acatar el **Pla de Contingència o el Protocol per la SARS-CoV2**, incloses les normatives, mesures i recomanacions que figuren en aquest, durant i en relació amb l'Esdeveniment;
3. A l'escriure SÍ/NO corresponentment, el Participant declara per la present:

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
<b>A. Ha sigut diagnosticat</b> en l'últim mes amb SARS-CoV-2 / COVID-19?		
<b>B. Ha experimentat algun símptoma</b> (per exemple, febre, mal al pit amb o sense dispnea (falta d'alè), tos seca, gastroenteritis / diarrea, astènia (cansament inusual), anorèxia (disminució de la gana), pèrdua del gust o de l'olfacte i/o altres d'acord amb les regulacions oficials locals actualitzades/indicacions sobre Salut Pública relacionades amb la malaltia Covid-19) que pugui ser compatible amb la SARS-CoV-2 / COVID-19 durant els últims 14 dies?		
<b>C. Ha estat en contacte</b> amb alguna persona diagnosticada amb SARS-CoV2 / COVID-19 en els últims 14 dies?		

El Signatari també es compromet a informar immediatament als responsables mèdics del Circuit de Barcelona – Catalunya (així com a les autoritats mèdiques locals) si en qualsevol moment dins de 14 (catorze) dies a partir de la signatura d'aquest FORMULARI D'AUTOCERTIFICACIÓ o dins dels 14 (catorze) dies després dels esdeveniments experimenta qualsevol símptoma compatible amb la SARS-CoV2 / COVID-19.

Per a la seva acceptació al registrar-se a l'esdeveniment(s)

**NOM I COGNOMS:** \_\_\_\_\_

**DATA DE NAIXEMENT:** \_\_\_\_\_

**NACIONALITAT:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO D'IDENTIFICACIÓ/ PASSAPORT:** \_\_\_\_\_

**CORREU ELECTRÒNIC:** \_\_\_\_\_

**TELÈFON MÒBIL:** \_\_\_\_\_

**EQUIP o COMPANYIA:** \_\_\_\_\_

**DATA:**

**SIGNATURA:**