**DECLARACIÓ RISC COVID-19**

El sotasignant, Sr./Sra.     , amb DNI:     , Data naixement     , com Tria de la llista de la competició / prova       dels Campionats de Catalunya, sota la seva pròpia responsabilitat a tots els efectes legals;

**DECLARA**

de conformitat amb la legislació vigent, així com amb el PROTOCOL DE PREVENCIÓ CONTAGIS COVID-19 de la Federació Catalana d’Automobilisme, i amb l’objectiu principal de la preservació de la salut de tots i el retorn a les competicions segures davant el risc del COVID-19, he sigut informat i accepto que no se’m permeti l’accés a l’àrea de competició si:

* Estic subjecte a mesures de quarantena
* Tinc COVID-19 actiu
* Tinc o he tingut una temperatura corporal de 37,5º en els últims 5 dies
* Tinc o he tingut un dels següents símptomes en els últims 5 dies: forta reducció en sabors, forta reducció en olors, tos seca, dificultat respiratòria, esgotament sever, congestió nasal, mal de cap, diarrea.
* He estat en contacte directe amb persones positives en COVID-19 en els últims 14 dies anteriors, o amb els seus familiars, encara que asimptomàtics.

**EL SIGNANT CERTIFICA QUE:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Està subjecte a **quarantena de Covid-19** | SI | NO |  | Té o ha tingut **fatiga severa** en els últims 14 dies | SI | NO |
| **Covid-19** en actiu | SI | NO |  | Té o ha tingut **congestió nasal** en els últims 14 dies | SI | NO |
| Té o ha tingut **febre** en els últims 14 dies amb temperatura >= 37.5 º | SI | NO |  | Té o ha tingut **mal de cap** en els últims 14 dies | SI | NO |
| Té o ha tingut **pèrdua d’olfacte o sabor** en els últims 14 dies | SI | NO |  | Té o ha tingut **diarrea** en els últims 14 dies | SI | NO |
| Té o ha tingut **tos seca durant** enels últims 14 dies | SI | NO |  | Els últims 14 dies ha estat en contacte amb **persones positives de Covid-19** | SI | NO |
| Té o ha tingut **dificultats per respirar** en els últims 14 dies | SI | NO |  | En cas afirmatiu, estat immunològic actual és?  Data test i resultat | (+) | (-) |

**En cas afirmatiu de tres condicions del qüestionari s’haurà d’acreditar la negativitat del COVID-19 mitjançant test PCR realitzat en els últims 5 dies o mitjançant serologia en els últims 14 dies.**

**I es compromet a:**

Comunicar ràpidament al Cap Metge de la prova més amunt referenciada qualsevol canvi en les declaracions emeses avui i per complir amb totes les disposicions de la legislació vigent, així com les del Protocol de Prevenció de Contagis Covid-19 de la FCA.

Lloc i data



Signat:

DNI:

Telf. Contacte: