



## DECLARACIÓ RISC COVID-19

El sotassignat, Sr. \_\_\_\_\_, amb DNI: \_\_\_\_\_, Data naixement \_\_\_\_\_, com esportista / Oficial / assistència \_\_\_\_\_ 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 37,5° 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 <b>quarantena de Covid-19</b>                                       | SI | NO |
| <b>Covid-19</b> en actiu  | SI | NO |
| Té o ha tingut <b>febre</b> en els últims 14 dies amb temperatura $\geq 37.5^\circ$ | SI | NO |
| Té o ha tingut <b>pèrdua d'olfacte o sabor</b> en els últims 14 dies                | SI | NO |
| Té o ha tingut <b>tos seca durant</b> en els últims 14 dies                         | SI | NO |
| Té o ha tingut <b>dificultats per respirar</b> en els últims 14 dies                | SI | NO |

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| Té o ha tingut <b>fatiga severa</b> en els últims 14 dies                         | SI  | NO  |
| Té o ha tingut <b>congestió nasal</b> en els últims 14 dies                       | SI  | NO  |
| Té o ha tingut <b>mal de cap</b> en els últims 14 dies                            | SI  | NO  |
| Té o ha tingut <b>diarrea</b> en els últims 14 dies                               | SI  | NO  |
| Els últims 14 dies ha estat en contacte amb <b>persones positives de Covid-19</b> | SI  | NO  |
| En cas afirmatiu, estat immunològic actual és?<br>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.**

### ! 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 \_\_\_\_\_ Firma:

Firmat: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Telf. Contacte: