

DECLARACIÓN RESPONSABLE

TRIANGULAR JUVENIL 2021

Sr./a mayor de edad y con DNI con número de teléfono domiciliado en en nombre propio o como padre/madre/ tutor/a legal del menor con licencia federada número emitida por la Real Federación Española de Golf.

Comparezco y manifiesto como mejor proceda

DECLARO RESPONSABLEMENTE

1. Que tengo pleno conocimiento y conciencia que la práctica del deporte del Golf tanto en los entrenamientos como en los encuentros implica un riesgo de contagio del COVID-19 del cual soy consciente y acepto, en el bien entendido que tendré derecho a poder presentar las reclamaciones oportunas contra aquellas personas que hubieren incumplido las reglas de protección y comunicación establecidas en los protocolos, especialmente cuando haya sido un deportista que hubiere participado en el encuentro.
2. Que no presento sintomatología compatible con el Coronavirus SARS- CoV-2 (fiebre superior o igual a 37,5 grados, tos, malestar general, sensación de falta de aire, pérdida del gusto, dolor de cabeza, fatiga, dolor de cuello, dolor muscular, vómitos, diarrea) o cualquier otro síntoma típico de las infecciones.
3. Que no he dado positivo ni he tenido contacto estrecho con alguna persona o personas con sintomatología posible o confirmada de COVID-19 en los 10 días inmediatamente anteriores a la fecha de firma de este documento **o bien he tenido contacto con un positivo en los últimos 10 días, pero tengo la pauta completa de vacunación desde hace al menos 14 días y no presento ningún síntoma (mínimo de 3 días desde el contacto con el positivo).**
4. Que he leído los protocolos de seguridad y las medidas informativas y de prevención de higiene y de seguridad de la COVID-19 dispuestas por el organizador de la competición y del encuentro y las acepto cumplir de manera responsable, en su totalidad, con las pautas de conducta y comportamiento que allí se establecen, aceptando que el Responsable de Higiene del evento puede acordar motu proprio mi exclusión de la competición y de la instalación o zona acotada del espacio deportivo en caso de incumplirlas.
5. Que soy consciente y acepto que el incumplimiento de las normas del COVID-19 especialmente la no declaración de haber dado positivo o no haber declarado el hecho de haber tenido una relación próxima con personas con síntomas implica una infracción muy grave del código disciplinario que puede llevar como consecuencia una sanción de exclusión de la competición y la pérdida de la licencia deportiva por toda la temporada.
6. Que me comprometo a informar al club y a la FCGolf (ante de la salida de cada día de competición) de cualquier síntoma que tenga compatible con el COVID-19, el hecho de haber

dado positivo o la existencia de cualquier presunto o confirmado caso de Covid-19 en el entorno familiar o próximo y me comprometo a mantener puntualmente informado de la evolución de los mismos a los responsables del club.

Esta información será tratada de manera confidencial y con la exclusiva finalidad de poder adoptarse las medidas necesarias para evitar el contagio y la propagación del virus.

Al cumplimentar el presente documento, el abajo firmante otorga el consentimiento expreso para que la Federació Catalana de Golf pueda hacer un tratamiento de estos datos desde el punto de vista estrictamente médico y de prevención.

Al mismo tiempo y con la firma de este documento se declara conocer las medidas específicas de protección e higiene establecidas en el Protocolo del CSD y de la FCGolf cuyas normas son de obligado cumplimiento para los participantes en las competiciones deportivas oficiales de ámbito estatal y para todos los clubes afiliados a la Federación Catalana de Golf que participan en las mismas.

El CSD y la FCGolf recomiendan, a todos los deportistas, técnicos, árbitros y personal necesario para el desarrollo de la competición, el uso de la herramienta desarrollada por el Gobierno **Radar Covid19** para que se active también el protocolo ordinario para mayor control de la pandemia.

El cumplimiento de las normas antes citadas es una responsabilidad individual de cada uno de los participantes y del club o entidad que organiza el encuentro, sin que exista responsabilidad alguna por parte de la Federación Catalana de Golf de los contagios que con ocasión de la disputa de la competición se pudieran producir.

Y para que conste a los efectos oportunos,

FIRMO

_____, a _____ de _____ de 2021

Responsable: Federació Catalana de Golf - CIF V08723025- Dir. Postal: Calle Tuset, 32 8.ª Planta., 08006, Barcelona (Barcelona)

En nombre de la federación tratamos la información que nos facilita con el fin de detectar posibles personas contagiadas por COVID-19 y evitar su acceso a las instalaciones. El consentimiento explícito supone la legitimación para el tratamiento de sus datos. Sus datos personales no serán registrados ni conservados. Destinatarios: Los datos no se cederán a terceros excepto en los casos en que exista una obligación legal. Derechos: Puede revocar el consentimiento y ejercer sus Derechos a acceder, rectificar, oponerse, limitar, llevar y suprimir los datos ante el responsable del tratamiento; además de acudir a la autoridad de control competente (AEPD). Información Adicional: Puede solicitar información adicional ante la dirección del responsable

FORMULARIO DE LOCALIZACIÓN PERSONAL (FLP)

**A ser completado por todos los participantes en la competición*

Nombre y apellidos: _____
(tal como aparecen en el DNI o en el Pasaporte u otro documento de identidad válido)

Dirección durante la competición: _____
(calle/apartamento/ciudad/número postal/país)

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Países/CCAA que ha visitado o donde haya estado en los últimos 7 días:

RESPONDER A LAS PREGUNTAS SIGUIENTES EN RELACIÓN CON LOS ÚLTIMOS 10 DÍAS:

- 1 **¿Ha tenido contacto cercano con alguien diagnosticado con la enfermedad COVID- 19?**
 SÍ NO
- 2 **¿Ha proporcionado atención directa a pacientes de COVID-19?**
 SÍ NO
- 3 **¿Ha visitado o permanecido en un ambiente cerrado con algún paciente con la enfermedad COVID-19?**
 SÍ NO
- 4 **¿Ha trabajado/ estudiado de forma cercana o compartiendo el mismo ambiente laboral o de clase con pacientes de COVID-19?**
 SÍ NO
- 5 **¿Ha viajado con un paciente COVID- 19 en cualquier medio de transporte?**
 SÍ NO
- 6 **¿Ha vivido en la misma casa que un paciente COVID-19?**
 SÍ NO

Esta información se podrá compartir con las autoridades locales de Salud Pública para permitir un rápido rastreo de contactos si un participante en el evento sufre la enfermedad COVID-19 o llegó en contacto con un caso confirmado.

Firmado. El/la Deportista / Tutor/a

En.....a..... de..... de 2021