

## FORMULARIO DE AUTOCERTIFICACIÓN SARS-COV-2 / COVID-19

(en adelante denominado "**Participante**" o también "**Signatario**")

En consideración de que se le permita competir, officiar, observar, trabajar o participar de cualquier manera y/o se le permita entrar para cualquier propósito en cualquier ÁREA del CIRCUITO donde se celebre el EVENTO, y CONSCIENTE de las sanciones y/o responsabilidades previstas en caso de falsas declaraciones y la creación o uso de actos falsos **DECLARA Y CERTIFICA BAJO SU PROPIA RESPONSABILIDAD** lo siguiente:

1. Que el Signatario ha reconocido el contenido del Protocolo de adaptación y Plan de acción del Circuit de Barcelona -Catalunya para la reanudación de la actividad Deportiva, cuya versión actual fue proporcionada previamente y reconocida al Participante y estará disponible para su consulta en cualquier momento antes y durante el Evento;
2. Que el Signatario acepta y conviene en acatar el **Plan de Contingencia o el Protocolo para el SARS-CoV-2**, incluidas las normas, medidas y recomendaciones que figuran en él, durante y en relación con el Evento;
3. Al escribir SI/NO correspondientemente, el Participante declara por la presente:

	SI	NO
<b>A. ¿Ha sido diagnosticado</b> previamente con SARS-CoV-2 / COVID-19?		
<b>B. ¿Ha experimentado algún síntoma</b> (por ejemplo, fiebre, dolor de pecho con o sin disnea (falta de aliento), tos seca, gastroenteritis / diarrea, astenia (cansancio inusual), anorexia (disminución del apetito), pérdida del gusto o del olfato y/u otros de acuerdo con las regulaciones oficiales locales actualizadas / indicaciones sobre Salud Pública relacionadas con la enfermedad Covid-19) que pueda ser compatible con el SARS-CoV-2 / COVID-19 en los últimos 14 días?		
<b>C. ¿Ha estado</b> en contacto con alguna persona diagnosticada con SARS-CoV-2 / COVID-19 en los últimos 14 días?		

El firmante también se compromete a informar inmediatamente a los responsables médicos del Circuit de Barcelona - Catalunya (así como a las autoridades médicas locales) si en cualquier momento dentro de 14 (catorce) días a partir de la firma de este FORMULARIO DE AUTOCERTIFICACIÓN o dentro de los 14 (catorce) días después de los eventos él/ella debería experimentar cualquier síntoma compatible con el SARS-CoV-2 / COVID-19.

Para su aceptación al registrarse en el evento(s)

**NOMBRE Y APELLIDOS:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**NACIONALIDAD:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN/ PASAPORTE:** \_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO MÓVIL:** \_\_\_\_\_

**EQUIPO o COMPAÑÍA:** \_\_\_\_\_

**FECHA:**

**FIRMA:**