

## UNIÓ ATLÈTICA BARBERÀ (UAB)

Passeig del Dr. Moragas, 268  
08210 Barberà del Vallès  
Tel.: 930135988 / 655886650  
e-mail: [secretaria@uabarbera.com](mailto:secretaria@uabarbera.com)  
<https://uabarbera.com/>



## **Declaració responsable en relació amb la situació de pandèmia generada per la Covid-19**

### **Declaro sota la meva responsabilitat:**

- Que soc coneixedor/a del context de pandèmia actual provocada per la Covid-19 i que accepto les circumstàncies i riscos que aquesta situació pot comportar durant el desenvolupament de l'activitat en la qual en/na ..... participa. Així mateix, entenc que l'equip de dirigents i l'entitat organitzadora de l'activitat no són responsables de les contingències que puguin ocasionar-se en relació a la pandèmia durant l'activitat.
- Que he estat informat/da i estic d'acord amb les mesures de prevenció general i amb les actuacions necessàries que s'hagin de dur a terme.
- Que informaré l'entitat organitzadora sobre qualsevol variació de l'estat de salut d'en/na ..... compatible amb la simptomatologia Covid-19 mentre duri l'activitat, així com de l'aparició de qualsevol cas de Covid-19 en el seu entorn familiar.

Finalment, que amb caràcter previ a la realització de l'activitat, en/na ..... compleix els requisits de salut següents:

- Presenta absència de malaltia i simptomatologia compatible amb la Covid-19 (febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea...) o amb qualsevol altre quadre infecciós.
- No ha conviscut o no ha tingut contacte estret amb una persona positiva de Covid-19 confirmada o amb una persona que ha tingut simptomatologia compatible en els 14 dies anteriors a la realització de l'activitat.

Només marcar en cas de patologia crònica complexa considerada de risc per a la Covid-19:

- Que els serveis mèdics han valorat positivament i de manera individual la idoneïtat de la seva participació en l'activitat.

Aquesta informació serà tractada de forma confidencial i la seva exclusiva finalitat és adoptar les mesures necessàries per evitar el contagi i la propagació del virus. En complimentar el present document, el sotasignat atorga el consentiment exprés perquè la Federació tracti aquestes dades des del punt de vista mèdic i preventiu.

Nom i cognoms, DNI i signatura pare/mare o tutor/tutora en cas de menor d'edat

Data i localitat: