**DECLARACIÓN DE RIESGO COVID-19**

**(rellenar y enviar obligatoriamente antes de las 22:00h del miércoles 24 de febrero a info@escuderialleida.com**

**Las personas autorizadas deberán tramitar este documento para poder ser acreditadas y acceder al circuito.**

El firmante, Sr./Sra.        , con DNI nº       , y fecha de nacimiento

       , como  del equipo        de la prueba Diada Off-Road de Lleida que se celebrará el sábado 20 de febrero de 2021, que participará en la competición de , bajo su propia responsabilidad a todos los efectos legales;

**DECLARA**

de conformidad con la legislación vigente, así como con el PROTOCOLO DE PREVENCIÓN CONTAGIOS COVID-19 de la Federació Catalana d’Automobilisme, y con el objetivo principal de la preservación de la salud de todos y el retorno a las competiciones seguras delante el riesgo del COVID-19, he sido informado y acepto que no se me permita accedir al recinto del circuito si:

* Estoy sujeto a medidas de cuarentena
* Tengo COVID-19 activo
* Tengo o he tenido una temperatura corporal de 37,5º en los últimos 5 días
* Tengo o he tenido uno de los siguientes síntomas en los últimos 5 días: fuerte reducción en sabores, fuerte reducción en olores, tos seca, dificultad respiratoria, cansancio severo, congestión nasal, dolor de cabeza, diarrea.
* He estado en contacto directo con personas positivas de COVID-19 en los últimos 14 días anteriores, o con sus familiares, aunque asintomáticos.

**EL FIRMANTE CERTIFICA QUE:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Está sujeto a **cuarantena de Covid-19** | SI  | NO  |  | Tiene o ha tenido **fatiga severa** en los últimos 14 días | SI  | NO  |
| **Covid-19** en activo | SI  | NO  |  | Tiene o ha tenido **congestión nasal** en los últimos 14 días | SI  | NO  |
| Tiene o ha tenido **fiebre** en los últimos 14 días con temperatura >= 37.5 º | SI  | NO  |  | Tiene o ha tenido **dolor de cabeza** en los últimos 14 días | SI  | NO  |
| Tiene o ha tenido **pérdida de olfato o sabor** en los últimos 14 días | SI  | NO  |  | Tiene o ha tenido **diarrea** en los últimos 14 días | SI  | NO  |
| Tiene o ha tenido **tos seca durante los** últimos 14 días | SI  | NO  |  | Los últimos 14 días ha estado en contacto con **personas positivas de Covid-19** | SI  | NO  |
| Tiene o ha tenido **dificultades para respirar** en los últimos 14 días | SI  | NO  |  | En caso afirmativo, estado inmunológico actual es?fecha test y resultado      | (+)  | (-)  |

**En caso afirmativo de tres condiciones del cuestionario se tendría que acreditar la negatividad del COVID-19 mediante test PCR realizado en los últimos 5 días o mediante serología en los últimos 14 días.**

**I se compromete a:**

Comunicar rápidamente al Jefe Médico de la competición referenciada cualquier cambio en las declaraciones emitidas hoy y para cumplir con todas las disposiciones de la legislación vigente, así como las del Protocolo de Prevención de Contagios Covid 19 de la FCA.

Lugar y fecha:



Firmado: D.

Tel y email de contacto:

|  |
| --- |
| *Recordar Reglamento Particular, máximo autorizados por equipo: Autocross (1 piloto + 1 Jefe equipo + 3 asistencia)**Resistencia (3 pilotos + 1 jefe de equipo + 3 asistencia)**Coordinación Covid-19 Escuderia Lleida | Rosa Ballarin | 659264128 -* *info@escuderialleida.com* |