



AUTORIZACIÓNS E DECLARACIÓNS PARA A PARTICIPACIÓN NO CAMPO DE VOLUNTARIADO DO RÍO ULLA “ERRADICADESCANTIA”

D/D^a _____ con DNI _____ en nome propio ou como nai, pai ou titor/a legal de _____

AUTORIZACIÓNS

Autorizo a inclusión do meu contacto nun grupo de Whatsapp para avisos relacionados coa actividade.

Autorizo a que me envíen información ao correo electrónico relacionada coa actividade.

Autorizo a publicación de fotos para a difusión da actividade.

DECLARACIÓNS

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE CONDICIÓNNS DE SAÚDE

Declaro que a persoa participante non está diagnosticada de Covid-19, non presenta sintomatoloxía asociada a este virus (febre, calafríos, tose, falla de aire, diminución do olfacto ou gusto, dor de gorxa, dores musculares, debilidade xeral, diarrea ou vómitos) nin a presentou nos 14 días previos á data de entrada nesta actividade e non padece ningunha outra enfermidade contaxiosa.

Declaro que a persoa participante non convive con ninguén afectado pola Covid-19, non estivo en contacto estreito nin compartiu espazo sen gardar a distancia interpersoal cunha persoa afectada pola Covid-19 nos 14 días previos á entrada nesta actividade.

Comprométome a notificar inmediatamente á organización calquera problema de saúde vinculada á COVID-19 durante o transcurso da actividade.



DECLARACIÓN DE COÑECEMENTO DOS RISCOS PARA PERSOAS VULNERABLES

(marcar no caso de convivir con PERSOA VULNERABLE: persoa maior de 60 anos/ persoa diagnosticada de hipertensión arterial, diabetes, enfermidades cardiovasculares, enfermidades pulmonares crónicas, cancro, inmunodeficiencias, muller embarazada ou persoa con afeccións médicas anteriores).

Sendo, a persoa participante, persoa vulnerable e/ou convivinte cunha persoa vulnerable, declaro que son consciente do risco que corre tanto a persoa vulnerable participante como as persoas vulnerables coas que convive.

DECLARACIÓN DE QUE ACEPTA A INFORMACIÓN PROPORCIONADA POLA ORGANIZACIÓN SOBOR A ADAPTACIÓN DA ACTIVIDADE Á COVID-19

Declaro que recibín e lín a información de adecuación da actividade á COVID-19 da entidade responsable e que polo tanto teño coñecemento pleno e estou de acordo coas medidas e procedementos que propón.

CONSENTIMENTO INFORMADO SOBOR COVID-19

Declaro que, logo de recibir e ler atentamente a información contida nos documentos anteriores, son consciente dos riscos que implica para a persoa participante e para as persoas que conviven con ela a participación na actividade no contexto da crise sanitaria provocada pola COVID-19, que asumo baixo a miña propia responsabilidade.

En _____, a _____ de _____ de 2021.

Asdo. _____