



## DECLARACIÓN DE RIESGO COVID-19

El abajo firmante, D. \_\_\_\_\_,  
con DNI: \_\_\_\_\_, tfno. \_\_\_\_\_

Licencia n. \_\_\_\_\_ como deportista / organizador  
de la competición Campeonato pesca submarina individual Región de Murcia 2021  
bajo su propia responsabilidad a todos los efectos legales;

### DECLARA

de conformidad con la legislación vigente, así como del PROTOCOLO SANITARIO  
COMPLEMENTARIO DE REFUERZO SECTORIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ACTIVIDADES  
SUBACUÁTICAS para la adaptación del deporte y su reincorporación a la normalidad, y con el objetivo  
principal de la preservación de la salud de todos y la vuelta a los entrenamientos y el reinicio de las  
competiciones federadas, para la seguridad en las competiciones en relación con el riesgo de Covid-19, he  
sido informado y acepto que no se permitirá el acceso al área de la competición si una persona:

- está sujeta a medidas de cuarentena
- tiene Covid-19 activo
- tiene o ha tenido una temperatura corporal superior a 37.5 ° en los últimos 5 días.
- tiene o ha tenido alguno de los otros síntomas en los últimos 5 días, a saber: una

fuerte reducción en sabor (sabores), fuerte reducción del olor (olores), tos seca, dificultad respiratoria,  
agotamiento severo, congestión nasal, dolor de cabeza, diarrea.

- ha estado en contacto directo con personas positivas para Covid-19 en los 14 días  
anteriores, o con sus propios familiares, aunque asintomático.

### EL TITULAR CERTIFICA QUE:

Está sujeto a cuarentena de Covid19	Sí	No
Covid-19 en proceso	Sí	No
Tiene o ha tenido fiebre en los últimos 14 días con temperaturas $\geq 37.5^\circ$	Sí	No
Tiene o ha tenido pérdida de olfato o de sabores en los últimos 14 días	Sí	No
Tiene o ha tenido tos seca durante los últimos 14 días	Sí	No
Tiene o ha tenido dificultades para respirar en los últimos 14 días.	Sí	No
Tiene o ha tenido fatiga severa en los últimos 14 días.	Sí	No
Tiene o ha tenido congestión nasal en los últimos 14 días.	Sí	No
Tiene o ha tenido dolor de cabeza en los últimos 14 días	Sí	No
Tiene o ha tenido diarrea en los últimos 14 días.	Sí	No
Los últimos 14 días ha estado en contacto con personas con Covid19 positivo	Sí	No
¿En caso afirmativo, el estado inmunológico actual de esa persona es? (+) (-)	Sí	No
Fecha del test y su resultado ____		

**En caso afirmativo de tres (3) condiciones del cuestionario tendrá que acreditar la negatividad del Covid19 mediante un test PCR realizado en los últimos 5 días o mediante serología en los últimos 14 días.**

Y se compromete a comunicar con prontitud al Jefe Médico o Coordinador de la Seguridad Sanitaria de la prueba cualquier cambio en las declaraciones emitidas hoy y para cumplir con todas las disposiciones de la legislación vigente, así como de la Resolución 4 de mayo de 2020, de la Presidencia del C.S.D.

Pto. de Mazarrón, 30 mayo de 2021.

Firma