



**DECLARACIÓN RESPONSABLE COVID-19**

Nombre y Apellidos:	
D.N.I./N.I.E	Teléfono de contacto

**DECLARO QUE:**

**¿Pertenece a un grupo Vulnerable frente al COVID 19?** Se consideran grupo vulnerable mayores de 60 años, personas diagnosticadas de hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, enfermedad oncológica, inmunodeficiencias o embarazo

**Si**

**No**

**En los últimos 14 días**

1. No ha sufrido tos, fiebre, cansancio o dificultad al respirar.
2. No ha estado en contacto con ninguna persona con síntomas vinculados al COVID-19.
3. Ningún miembro de la familia ha dado positivo en COVID-19.

**Y ME COMPROMETO A:**

1. Abstenerme de ir a la actividad si manifiesta cualquiera de estos síntomas.
2. Seguir las indicaciones de las autoridades sanitarias.
3. Comunicar en caso de pertenecer a un grupo vulnerable (personas diagnosticadas de hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, enfermedad oncológica, inmunodeficiencias) `Que asumen voluntariamente los riesgos y consecuencias potenciales vinculados al contagio por COVID-19.

Fecha y firma