



Declaración Jurada Covid 19 (participantes)

Declaro bajo juramento que los datos que consigno en este formulario son reales y completos sin omitir ni falsear ninguno.

Apellido y nombre:	
DNI:	
Fecha de Nacimiento:	
Nacionalidad:	
Provincia representada:	
E-mail:	
Teléfono / celular:	
Deporte / función:	

1. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas compatibles con infección por COVID-19?

Marcar con una X

Fiebre (37.5 grados o más):	SÍ	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta:	SÍ	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Tos:	SÍ	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Dificultad para respirar:	SÍ	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Marcada pérdida del gusto:	SÍ	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Marcada pérdida del olfato:	SÍ	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

2. Declaro bajo juramento que cumpliré los protocolos, recomendaciones, lineamientos e indicaciones que la ORGANIZACIÓN dispuso, o disponga más adelante, para prevenir el contagio de Covid-19.

3. Declaro bajo juramento que respetaré los espacios y horarios que la ORGANIZACIÓN autorice para la realización de actividades de recreación y deportes, cumpliendo las indicaciones.

4. Declaro bajo juramento que si presentare dos o más síntomas compatibles con infección por COVID19, me comunicaré con los responsables de mi PROVINCIA y de la ORGANIZACIÓN.

5. Declaro bajo juramento **SÍ** / **NO** haber tenido COVID-19 en los últimos 3 meses.

Si su respuesta ha sido SÍ, y usted cursó la enfermedad en ese periodo:

Declaro bajo juramento contar con la correspondiente autorización médica para realizar actividades deportivas.

Ciudad de _____ a los _____ del mes de marzo de 2022.

FIRMA:

ACLARACIÓN: