



AUTORITZACIÓ PER A L'ASSISTÈNCIA COM A ESPECTADORS (A MENORS DE 18 ANYS)

En/na _____,
major d'edat i proveït amb DNI _____, amb el número de
telèfon _____, i amb domicili a

com a tutor/a legal de _____,

L'AUTORITZO

A assistir com a espectador a la següent:

Activitat/Esdeveniment/Competició:					
Organitzador:					
Instal·lació/Localització:					
Població:			Província:		
Data:			Hora inici:		Hora final:

I DECLARO RESPONSABLEMENT

- 1) No tenir coneixement de que el menor al que represento legalment tingui i/o hagi tingut, ni haver estat en contacte proper amb alguna persona o persones amb simptomatologia provable o confirmada per infecció de COVID-19 en els 14 dies immediatament anteriors al de la signatura d'aquest document, ni cap d'aquests símptomes propis del covid-19 (febre superior als 37,3 graus, tos, malestar general, sensació de falta d'aire, pèrdua del gust, mal de cap, fatiga, mal de coll, dolor muscular, nàusees, vòmits, diarrea, mucositat, dolor generalitzat als ossos i a la musculatura), ni cap altra malaltia contagiosa.
- 2) Que hem estat informats i advertits sobre els riscos que podria sofrir si contreu la malaltia del Covid-19, així com les conseqüències i possibles seqüeles que podria comportar no sols per a la nostra salut, sinó també per a la dels altres. Declaro conèixer les mesures específiques de protecció i higiene adoptades per les autoritats competents, l'observança de les quals és obligatòria per qualsevol persona. El compliment de les mesures esmentades és responsabilitat individual de cadascun dels participants, amb total indemnitat dels titulars de les instal·lacions i organitzadors de les activitats sobre els contagis que en el seu cas es poguessin produir.
- 3) Que autoritzo a que aquesta informació sigui tractada de forma confidencial amb la seva exclusiva finalitat d'adoptar les mesures necessàries per evitar el contagi i la propagació del virus. Que en complimentar el present document, atorgo el consentiment exprés perquè l'entitat organitzadora tracti aquestes dades des del punt de vista mèdic i preventiu.

Signatura usuari/a, _____,

....., a ... d..... de 20....

