DECLARACIÓN RESPONSABLE

Sr./Sra. ....., mayor de edad y con DNI ....., con número de teléfono ....., domiciliado en ....., en nombre propio o como padre/madre/tutor/a legal del menor ....., con licencia federada número ..... emitida por la Real Federación Española de Golf, comparezco y manifiesto como mejor proceda

DECLARO RESPONSABLEMENTE

1. Que tengo pleno conocimiento y conciencia que la práctica del deporte del golf, tanto en los entrenamientos como en los encuentros puede implicar un riesgo de contagio del COVID-19 del cual soy consciente y acepto, en el bien entendido que tendré derecho a poder presentar las reclamaciones oportunas contra aquellas personas que hubieren incumplido las reglas de protección y comunicación establecidas en los protocolos, especialmente cuando haya sido un deportista que hubiere participado en el encuentro.

2. Que no presento sintomatología compatible con el Coronavirus SARS-CoV-2 (fiebre superior o igual a 37,5 grados, tos, malestar general, sensación de falta de aire, pérdida del gusto, dolor de cabeza, fatiga, dolor de cuello, dolor muscular, vómitos, diarrea) o cualquier otro síntoma típico de las infecciones.

3. Que no he dado positivo ni he tenido contacto estrecho con alguna persona o personas con sintomatología posible o confirmada de COVID-19 en los 14 días inmediatamente anteriores a la fecha de firma de este documento.

4. Que he leído los protocolos de seguridad y las medidas informativas y de prevención de higiene y de seguridad de la COVID-19 dispuestas por el organizador de la competición y del encuentro, y las acepto cumplir de manera responsable, en su totalidad, con las pautas de conducta y comportamiento que allí se establecen, aceptando que el Responsable de Higiene del evento puede acordar motu propio mi exclusión de la competición y de la instalación o zona acotada del espacio deportivo en caso de incumplirlas.

5. Que soy consciente y acepto que el incumplimiento de las normas del COVID-19, especialmente la no declaración de haber dado positivo o no haber declarado el hecho de haber tenido una relación próxima con personas con síntomas, implica una infracción muy grave del código disciplinario que puede llevar como consecuencia una sanción de exclusión de la competición y la pérdida de la licencia deportiva por toda la temporada.

6. Que me comprometo a informar al club (antes de mi salida de cada día de competición) de cualquier síntoma que tenga compatible con el COVID-19, el hecho de haber dado positivo o la existencia de cualquier presunto o confirmado caso de Covid-19 en el entorno familiar o próximo y me comprometo a mantener puntualmente informado de la evolución de los mismos a los responsables del club.

Esta información será tratada de manera confidencial y con la exclusiva finalidad de poder adoptar las medidas necesarias para evitar el contagio y la propagación del virus. Al cumplimentar el presente documento, el abajo firmante otorga el consentimiento expreso para que el Club de Golf Señorio de Zuasti como a la Federación Navarra de Golf puedan hacer un tratamiento de estos datos desde el punto de vista estrictamente médico y de prevención.

Al mismo tiempo y con la firma de este documento se declara conocer las medidas específicas de protección e higiene establecidas en el Protocolo del CSD y de la Real Federación Española de Golf, cuyas normas son de obligado cumplimiento para los participantes en las competiciones deportivas oficiales de ámbito estatal y para todos los clubes afiliados a la Real Federación Española de Golf que participan en las mismas.

El CSD, la RFEG, la FNG y el Club de Golf S. de Zuasti recomiendan, a todos los deportistas, técnicos, árbitros y personal necesario para el desarrollo de la competición, el uso de la herramienta desarrollada por el Gobierno **Radar Covid-19** para que se active también el protocolo ordinario para mayor control de la pandemia.
El cumplimiento de las normas antes citadas es una responsabilidad individual de cada uno de los participantes del I Puntuable Zonal (zona 9), sin que exista responsabilidad alguna por parte del club organizador de los contagios que con ocasión de la disputa de esta competición se pudieran producir.
Y para que conste a los efectos oportunos,

FIRMO

En ....., el ..... de ..... de 2021

Responsable del tratamiento: Federación Navarra de Golf CIF Q 3116664H – Plaza Aizagerria,1 Pamplona, email fngolf@fnavarragolf.com y Club de Golf Señorio de Zuasti CIF A31470834
Finalidad del tratamiento: Asegurar la protección de la salud, evitar contagios en el seno del campeonato y contribuir a la posible detección de rebrotes.
Legitimación al tratamiento: Protección de intereses vitales del interesado y de otras personas físicas (Considerando 46 del RGPD).
Plazos de conservación: Esta información se conservará durante los plazos mínimos necesarios para garantizar la finalidad del tratamiento, es decir, asegurar la salud en los campeonatos y contribuir a la detección de rebrotes y, posteriormente, durante los plazos legales que pudieran establecer la normativa de aplicación.
Destinatarios de cesiones: No están previstas salvo que exista un imperativo legal que obligue a su comunicación.
Derechos de los interesados: Los interesados pueden ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación u oposición dirigiéndose a la Federación Navarra de Golf en las direcciones arriba indicadas.

FORMULARIO DE LOCALIZACIÓN PERSONAL (FLP)

*A ser completado por todos los participantes en la competición

Nombre y apellidos: (Tal y como aparecen en DNI o en el Pasaporte u otro documento de identidad válido)	
Dirección durante la competición: (calle/apartamento/ciudad/número postal/país)	
Número de Teléfono:	
Correo electrónico:	
Países/CCAA que ha visitado o donde haya estado en los últimos 7 días:	

RESPONDER A LAS PREGUNTAS SIGUIENTES EN RELACIÓN CON LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS:

1. ¿Ha tenido contacto cercano con alguien diagnosticado con la enfermedad COVID-19?
   ☐ SÍ ☐ No

2. ¿Ha proporcionado atención directa a pacientes de COVID-19?
   ☐ SÍ ☐ No

3. ¿Ha visitado o permanecido en un ambiente cerrado con algún paciente con la enfermedad COVID-19?
   ☐ SÍ ☐ No

4. ¿Ha trabajado/estudiado de forma cercana o compartiendo el mismo ambiente laboral o de clase con pacientes COVID-19?
   ☐ SÍ ☐ No

5. ¿Ha viajado con un paciente COVID-19 en cualquier medio de transporte?
   ☐ SÍ ☐ No

6. ¿Ha vivido en la misma casa que un paciente COVID-19?
   ☐ SÍ ☐ No

Esta información se podrá compartir con las autoridades locales de Salud Pública para permitir un rápido rastreo de contactos si un paciente en el evento sufre la enfermedad COVID-19 o llegó en contacto con un caso confirmado.

Fdo. El Deportista / Tutor En ……a …….de……..de 20