

### DECLARACIÓN RESPONSABLE

Desde esta Federación y como complemento a las medidas de seguridad sanitaria implantadas, informamos del deber de todos en colaborar para frenar la transmisión de la enfermedad por coronavirus.

Aquellos federados que sufran síntomas como: tos, fiebre, cansancio, ausencia de gusto/olfato, falta de aire; u otros síntomas atípicos, como dolor de garganta, dolores musculares, diarreas, dolor torácico, dolor de cabeza, erupciones cutáneas, u otros síntomas relacionados con la enfermedad comunicados por el Ministerio de Sanidad; podría tratarse de coronavirus, debiendo permanecer en su domicilio y contactar con su centro de salud; evitando el contacto con otras personas.

Si durante los 14 días previos a la incorporación a nuestro evento, el participante hubiese tenido alguno de los síntomas mencionados anteriormente, o hubiese convivido o estado en estrecho contacto con alguna persona con análisis positivo y/o sintomatología compatible con tal enfermedad, **NO PODRÁ INICIAR LA ACTIVIDAD**, debiendo comunicarlo a la Federación a través del email **deportivo@fmautomovilismo.com** o bien del teléfono (+34) **91 364 63 19**

Asimismo, se recomienda que los participantes que hayan tenido cualquier síntoma o bien tengan alguna dolencia respiratoria, cardíaca o que afecte al sistema inmunitario, sea en el momento que sea, cuente con la valoración de su médico sobre la idoneidad de participar en evento.

Y como conformidad y aceptación de lo expuesto en la presente declaración responsable, deberá ser firmado y entregado por federado o padre/madre/tutor del participante, el mismo día de la prueba a disputar, en la entrega de documentación.

En caso de que, posterior a la firma, el participante o alguien de su núcleo familiar sufriera alguno de los síntomas, deberá comunicárselo a la organización a través de los medios referidos más arriba.

Yo, D./Dña \_\_\_\_\_ con DNI /Pasaporte nº \_\_\_\_\_

*(Señalar si procede)*

Como padre, madre o tutor legal *(señalar aquello que corresponda)* de \_\_\_\_\_

con DNI /Pasaporte nº \_\_\_\_\_.

En Madrid a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020

Firma: