

## ACEPTACIÓN DE CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN, OBLIGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO, PARA PARTICIPAR EN EL SERVICIO DE HAURTXOKOS MUNICIPALES

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, actuando como padre/madre/tutor/tutora del interesado/interesada (menor de edad) \_\_\_\_\_.

Pertenencia a grupos vulnerables o con necesidades especiales de adaptación: ▪ Si / ▪ No.

Si es que sí, especifique:

### **Declaración responsable de no formar parte de grupos de riesgo ni convivir con grupo de riesgo:**

La persona participante constituye grupos de riesgo en estos casos:

- La persona participante no puede tomar parte en la actividad si presenta cualquier sintomatología (tos, fiebre, dificultad al respirar, etc.) que pudiera estar asociada con el COVID-19.
- La persona participante no puede tomar parte en la actividad si ha estado en contacto estrecho (convivientes, familiares y personas que hayan estado en el mismo lugar que una persona afectada por el COVID-19 mientras presentaba síntomas a una distancia menor de 2 metros durante un tiempo de al menos 15 minutos) o compartido espacio sin guardar la distancia interpersonal con una persona afectada por el COVID-19, incluso en ausencia de síntomas, por un espacio de al menos 14 días. Durante ese periodo debe realizar un seguimiento por si aparecen signos de la enfermedad.
- La persona participante sí puede, pero no debería, tomar parte en la actividad si es vulnerable o convive con una persona que sea vulnerable por ser mayor de 60 años, estar diagnosticada de hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, cáncer, inmunodeficiencias, o por estar embarazada o por padecer afecciones médicas anteriores. Si opta por participar deberá dejar constancia del riesgo que corre él o sus familiares en el Consentimiento informado

Declaro que el interesado o interesada cumple los requisitos de admisión mencionados arriba, no siendo grupo de riesgo.

Declaro que el interesado o interesada no convive con nadie que sea grupo de riesgo, o que, en el caso de que así sea, participa en la actividad bajo su propia responsabilidad.

Me comprometo a notificar diariamente el estado de salud y, en su caso, la causa de ausencia de la persona interesada (a través de móvil, llamada o whatsapp al 621219232/686698744).

### **Aceptación del Documento “PLAN DE CONTINGENCIA”, en el cual se recogen las medidas personales de higiene y prevención obligatorias frente al COVID-19, así como las medidas de adecuación de la actividad al COVID-19 y el protocolo de actuación en casos de emergencia o riesgo de contagio:**

He leído y acepto los compromisos contenidos en el Documento “PLAN DE CONTINGENCIA”.

Declaro que he recibido y leído el protocolo de adecuación de la actividad al COVID-19 (recogido en el PLAN DE CONTINGENCIA) de la entidad responsable de la actividad y que por tanto tengo conocimiento pleno y estoy de acuerdo con las medidas y procedimientos que propone.

Declaro que he recibido y leído el Protocolo de actuación en casos de emergencia o riesgo de contagio (recogido en el PLAN DE CONTINGENCIA) de la entidad responsable de la actividad.

### **Consentimiento informado sobre COVID-19:**

Declaro que, tras haber recibido y leído atentamente la información contenida en los documentos anteriores, soy consciente de los riesgos que implica, para la persona interesada y para las personas que conviven con ella, la participación en la actividad en el contexto de la crisis sanitaria provocada por el COVID-19, que asumo bajo mi propia responsabilidad.

En....., a..... de.....de 2020

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona responsable