

DECLARACIÓN DE RIESGO COVID-19

El abajo firmante, D. _____, con DNI: _____ Fecha de nacimiento _____, Licencia n. _____ como deportista / asistencia / oficial _____ de la competición / prueba _____ de _____ bajo su propia responsabilidad a todos los efectos legales;

DECLARA

de conformidad con la legislación vigente, así como del PROTOCOLO SANITARIO COMPLEMENTARIO DE REFUERZO SECTORIAL DE LA REAL FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE AUTOMOVILISMO (PSCRS-RFEDA) para la adaptación del deporte del automovilismo y su reincorporación a la normalidad, y con el objetivo principal de la preservación de la salud de todos y la vuelta a los entrenamientos y el reinicio de las competiciones federadas y profesionales, para la seguridad en las competiciones en relación con el riesgo de Covid-19, he sido informado y acepto que no se permitirá el acceso al área de la competición si una persona:

- está sujeto a medidas de cuarentena
- tiene Covid-19 activo
- tiene o ha tenido una temperatura corporal superior a 37.5 ° en los últimos 5 días
- tiene o ha tenido alguno de los otros síntomas en los últimos 5 días, a saber: una fuerte reducción en sabor (sabores), fuerte reducción del olor (olores), tos seca, dificultad respiratoria, agotamiento severo, congestión nasal, dolor de cabeza, diarrea.
- ha estado en contacto directo con personas positivas para Covid-19 en los 14 días anteriores, o con sus propios familiares, aunque asintomático.

EL TITULAR CERTIFICA QUE:

Está sujeto a cuarentena de Covid19	SI	NO
Covid-19 en proceso	SI	NO
Tiene o ha tenido fiebre en los últimos 14 días con temperaturas ≥ 37.5 °	SI	NO
Tiene o ha tenido perdida de olfato o de sabores en los últimos 14 días	SI	NO
Tiene o ha tenido tos seca durante los últimos 14 días.	SI	NO

Tiene o ha tenido dificultades para respirar en los últimos 14 días.	SI	NO
Tiene o ha tenido fatiga severa en los últimos 14 días.	SI	NO
Tiene o ha tenido congestión nasal en los últimos 14 días.	SI	NO
Tiene o ha tenido dolor de cabeza en los últimos 14 días.	SI	NO
Tiene o ha tenido diarrea en los últimos 14 días.	SI	NO
Los últimos 14 días ha estado en contacto con personas con Covid19 positivo .	SI	NO
¿En caso afirmativo, el estado inmunológico actual de esa persona es?	(+)	(-)
Fecha del test y su resultado _____		

En caso afirmativo de tres condiciones del cuestionario tendrá que acreditar la negatividad del Covid19 mediante un test PCR realizado en los últimos 5 días o mediante serología en los últimos 14 días.

Y se compromete a

Comunicar con prontitud al Jefe Médico o Coordinador de la Seguridad Sanitaria de la prueba _____ cualquier cambio en las declaraciones emitidas hoy y para cumplir con todas las disposiciones de la legislación vigente, así como de la Resolución 4 de Mayo de 2020, de la Presidencia del Consejo Superior de Deportes, por la que se aprueba y publica el Protocolo Básico de actuación para la vuelta a los entrenamientos y el reinicio de las competiciones federadas y profesionales, y el Protocolo Sanitario Complementario de Refuerzo Sectorial de la Federación de Automovilismo de Castilla y León.

Lugar y fecha _____

Firma _____

DNI: _____

INFORMACIÓN DE COVID-19

Este documento ha sido especialmente preparado para informarle sobre el tratamiento de sus datos personales establecidos en el Protocolo Sanitario Complementario de Refuerzo Sectorial de la Federación de Automovilismo de Castilla y León (PSCRS-FACYL)., se le proporciona la siguiente información.

Evento: _____ Organizador: _____

Coordinador: D. _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Los participantes, oficiales, colaboradores y demás personal de la prueba son responsables de los datos que figuran en este documento y declaran conocer los riesgos y características de la competición automovilística donde van a participar.

El Coordinador de la Seguridad Sanitaria utilizará los datos personales que usted proporciona exclusivamente para reducir el riesgo y prevenir la infección por Covid-19. La base legal del procesamiento es la necesidad de cumplir a las obligaciones legales a las que está sujeto el Coordinador de Seguridad Sanitaria, en relación con la implementación de protocolos de seguridad anti-contagio.

Los datos proporcionados en el cuestionario se conservarán por el Jefe Médico solamente mientras dure la carrera y se destruirán al finalizar la misma, prohibiendo el acceso a esta información a cualquier otra persona.

Teniendo en cuenta que, para acceder a las instalaciones, el controlador de datos le requerirá su declaración en virtud de la que certifica no estar sujeto a la medida de cuarentena, de no tener Covid-19 activo, de no haber tenido o no haber tenido temperatura en los últimos 5 días por encima de 37.5 °, o no haber tenido o no haber tenido uno de los otros en los últimos 5 días síntomas, a saber: fuerte reducción del sabor (sabores), fuerte reducción del olfato (olores), tos seco, dificultades respiratorias, agotamiento severo, congestión nasal, dolor de cabeza, diarrea, o no haber estado en contacto con personas con coronavirus positivo en los 14 días anteriores, o con sus familiares, incluso si son asintomáticos, una posible negativa a declarar lo mencionado anteriormente implica la imposibilidad del controlador de datos de cumplir con las obligaciones legales y, en consecuencia, la imposibilidad de acceder al área de competencia.

Se especifica que los datos de temperatura corporal recopilados en tiempo real no se registrarán excepto si se supera el umbral de temperatura y, en cualquier caso, solo si es necesario documentar los motivos que impidieron el acceso a las instalaciones de la empresa.

Le informamos que el procesamiento de sus datos se lleva a cabo de conformidad con el PSCRS-FACYL y la normativa vigente. Disposiciones reglamentarias sobre el procesamiento de datos personales. Le informamos que el tratamiento de los cuales en cuestión se basa en los principios

establecidos de conformidad con la normativa vigente, en particular en principios de corrección, legalidad, transparencia y protección de la confidencialidad y derechos de los sujetos cuyos datos son procesados. El procesamiento de sus datos personales se realizará a través de herramientas. Papel, informática y telemática, con métodos adecuados para garantizar su seguridad y confidencialidad en cumplimiento de las disposiciones vigentes. Te informamos que tus datos serán tratados durante el período estrictamente necesario para lograr los fines para los cuales fueron recogidos.

Sus datos personales recopilados por el Coordinador de Seguridad Sanitaria no serán comunicados ni divulgados a terceros, con la excepción de la hipótesis en la cual el Propietario es requerido por disposiciones regulatorias específicas.

Sus datos personales no serán transferidos ni almacenados a terceros países.

Le informamos que puede revocar en cualquier momento consentimiento otorgado sin afectar la legalidad del tratamiento.

También le informamos que enviando la solicitud directamente a la oficina registrada del gestor de los datos indicado arriba o usando la siguiente dirección de correo electrónico: _____

Puedes hacer ejercicio, en cualquier momento, el derecho a:

- a) solicitar confirmación de la existencia o no de sus datos personales;
- b) obtener información sobre los fines del procesamiento, las categorías de datos personales, y destinatarios o categorías de destinatarios a quienes sus datos personales han sido o serán liberaciones y, cuando sea posible, el período de retención;
- c) obtener la corrección y cancelación de sus datos personales;
- d) obtener la limitación del procesamiento de sus datos;
- e) obtener portabilidad de datos, es decir, recibirlos de un controlador de datos, en un formato estructurado, comúnmente utilizado y legible por un dispositivo automático, y transmitirlo a otro controlador de datos sin obstáculos;
- f) oponerse al tratamiento en cualquier momento y también en el caso de tratamiento con el propósito de marketing directo;
- g) oponerse a un proceso automatizado de toma de decisiones relacionado con personas físicas;
- h) solicitar al controlador de datos el acceso a los datos y su corrección, eliminación o limitación del tratamiento que le concierne o para oponerse a su tratamiento, además del derecho a la portabilidad de los datos;
- i) presentar una queja ante una autoridad supervisora.
- j) así como a presentar reclamación ante una autoridad de control y cualesquiera otros reconocidos en la normativa vigente en materia de protección de datos que pudieran corresponderles

Yo, como se identificó anteriormente, autorizo al Coordinador de Seguridad Sanitaria y a la FACYL como responsable del procesamiento de datos, para procesar mis datos personales para los fines indicados a continuación.

Específicamente:

• PROCESADO DE MIS DATOS PERSONALES PARA REDUCIR EL RIESGO Y EVITAR EL CONTAGIO DE COVID-19 SEGÚN LO ESPECIFICADO EN PROTOCOLO SANITARIO COMPLEMENTARIO DE REFUERZO SECTORIAL DE LA FEDERACIÓN DE AUTOMOVILISMO DE CASTILLA Y LEON.

Lugar y fecha _____

Firma _____