

**DECLARACIONES Y MANIFESTACIONES DEL PARTICIPANTE EN LA
ACTIVIDAD DE LA FUNDACIÓN MARÍA JOSÉ JOVE EN RELACIÓN CON
LA PREVENCIÓN DEL COVID-19**

Declaro y manifiesto conocer la información relativa a la actividad _____ que se desarrollará en los meses de _____ de 2020 (la Actividad), y que me ha sido facilitada por el personal de la FUNDACION MARÍA JOSE JOVE (FMJJ), entidad que gestiona la Actividad.

En el marco de lo anterior y a todos los efectos, reconociendo el riesgo de contagio existente por la situación provocada por el Covid 19, autorizo al personal habilitado al efecto por la FMJJ, para que pueda comprobar, en cualquier momento del desarrollo de la Actividad, que el participante en la misma, no presenta síntomas compatibles con el Covid-19, todo ello con la finalidad de garantizar la seguridad de los participantes en la Actividad y del personal de la FMJJ.

Asimismo, declaro y manifiesto que la FMJJ me ha informado de que el incumplimiento de las normas o directrices dadas por el personal que desarrolle la Actividad, podrá conllevar al cese de la participación en la Actividad por parte del Participante para preservar en todo momento la seguridad del desarrollo de la Actividad, sus participantes y su personal.

Además, declaro responsablemente y me comprometo a (NO acudir/NO enviar al Participante) a la Actividad y (mantenerme/mantenerlo) en aislamiento preventivo domiciliario en los siguientes supuestos:

- si (tengo/tiene el Participante) síntomas compatibles con el COVID-19, poniéndolo en conocimiento del personal de la FMJJ.

- si alguna persona del núcleo familiar es sospechosa de padecer el COVID-19, (no podrá acudir/no podrá acudir el Participante) a la Actividad hasta que se conozca el resultado de la prueba y ésta sea negativo. El Participante comunicará el resultado al personal de la FMJJ

- Si el Participante ha estado en una zona de brotes del territorio nacional, o proviene del extranjero de una zona de riesgo (países no Schengen), sin haber pasado un test con resultado negativo frente el coronavirus.

A Coruña, a _____ de _____ de _____

NOMBRE COMPLETO DEL PARTICIPANTE/S:

Firma del Participante
DNI

NOMBRE DEL TUTOR (si el participante es menor de edad o está incapacitado judicialmente)

Firma del Tutor
DNI