



# I SEMINARIO SOBRE PRÁCTICA DEPORTIVA Y DISCAPACIDAD

## HOJA INSCRIPCIÓN

Rellene este formulario, y envíelo a [igualdad@bmguadalajara.es](mailto:igualdad@bmguadalajara.es) junto con el justificante de pago de la cuota. Y en breve, recibirá la confirmación de su inscripción en el Seminario.

**Nombre:**

**DNI / Pasaporte:**

**Teléfono móvil:**

**Fecha de nacimiento:**

**Correo-electrónico:**

**¿Cuál es su interés en esta Jornada?:**

**¿Tienes alguna necesidad especial? Indícala:**

**Nº de cuenta para ingreso Deutsche Bank SAE - ES57 0019 0352 01 4010027195**

**Concepto:** Seminario + Tu nombre y apellidos

Protección de datos: Los datos personales recogidos serán tratados con la finalidad de gestionar la inscripción solicitada y darle acceso a los servicios derivados de la misma, así como de mantenerle informado de los eventos y servicios que puedan ser su interés en el marco de la relación mantenida. El Responsable del tratamiento de sus datos es Asociación Deportiva Ciudad de Guadalajara (BM Guadalajara) con domicilio en el Pabellón David Santamaría en Calle Regino Pradillo s/n. 19004. Guadalajara. Usted podrá acceder, rectificar y suprimir sus datos, u oponerse a determinados usos de los mismos a través del correo electrónico, así como ejercer otros derechos adicionales que se explican en la información detallada sobre protección de datos dirigiéndose a la dirección de correo electrónico: [administracion@bmguadalajara.es](mailto:administracion@bmguadalajara.es).



## DECLARACION DE RIESGO COVID-19



Balonmano  
Guadalajara

El abajo firmante,

con DNI:  Fecha de nacimiento:

bajo su responsabilidad a todos los efectos legales;

### DECLARA

De conformidad con la ley vigente, así como del protocolo sanitario y con el objetivo principal de la preservación de la salud de todos en relación con el riesgo de Covid-19, he sido informado y acepto que no se permita el acceso al Seminario si soy persona sujeta a medidas de cuarentena.

### EL TITULAR CERTIFICA QUE:

- Esta sujeto a cuarentena de Covi-19  SI  NO
- Covid-19 en proceso  SI  NO
- Haber pasado Covid-19  SI  NO Fecha
- Haber sido vacunado Covid-19. Fecha  N.º de Dosis
- Tiene o ha tenido fiebre en los últimos 14 días con temperaturas  $\geq 37,5^\circ$   SI  NO
- Tiene o ha tenido pérdida 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
- Tenido 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
- Tiene o ha tenido fatiga severa en los últimos 14 días  SI  NO
- Los últimos 14 días ha estado en contacto con persona covid-19 positivo  SI  NO
- En caso afirmativo, ¿el estado actual de esa persona es?  SI  NO
- Fecha del test y su resultado

En caso afirmativo de tres condiciones del cuestionario tendrá que acreditar la negatividad del Covid-19 mediante prueba reglada realizada en los últimos tres días.

Lugar y Fecha

Firma

DNI: