

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

dotyczące zagrożenia zarażeniem wirusem COVID-19

- Oświadczam, że według swojej najlepszej wiedzy:
 - nie jestem osobą zakażoną COVID-19 (obecnie nie występują u mnie ani moich domowników oraz nie występowały w ciągu ostatnich dwóch tygodni objawy infekcji m.in. gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła),
 - nie przebywam na kwarantannie ani nie pozostaję pod nadzorem epidemiologicznym
 - w ostatnich 14 dniach nie miałem/-am kontaktu z osobą zakażoną lub osobą podejrzaną o zakażenie COVID-19 lub osobą na kwarantannie czy pod nadzorem epidemiologicznym.
- Oświadczam, że zastosuję wszelkie środki bezpieczeństwa związane z przeciwdziałaniem zarażeniu koronawirusem COVID-19
- Oświadczenie składam w związku z udziałem w organizowanym „Hałda Run Extreme”
- Zobowiązuję się również do przekazania informacji, gdyby w trakcie wydarzenia lub okresie bezpośrednio po wydarzeniu następującym pojawiły się zmiany w stanie mojego zdrowia, które mogą wskazywać na zakażenie koronawirusem.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w formularzu przez Stowarzyszenie Skyrunning Polska w celu przeprowadzenia zawodów. Nie wyrażenie zgody wiąże się z brakiem możliwości brania udziału w zawodach. Zgodnie z art. 6. Ust. 1 lit a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Oświadczam, że zgadzam się z warunkami uczestnictwa w biegu określonymi w Regulaminie Zawodów „Hałda Run Extreme” i zgłaszam chęć udziału.

Oświadczam, że zapoznałem/am się ze wszystkimi warunkami zawartymi w Regulaminie Zawodów, akceptuję jego postanowienia oraz że wypełniłem/am formularz zgłoszeniowy zgodnie z prawdą i kompletnie.

Oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala na udział w tego rodzaju imprezie, nie są mi znane żadne powody o charakterze zdrowotnym wykluczające mnie z udziału w biegu, co potwierdzam zaświadczeniem lekarskim bądź własnoręcznym podpisem oraz że startuję dobrowolnie i wyłącznie na własną odpowiedzialność, przyjmuję do wiadomości, że udział w biegu wiąże się z wysiłkiem fizycznym i pociąga za sobą naturalne ryzyko wypadku, odniesienia obrażeń ciała i urazów fizycznych (w tym śmierci), a także szkód i strat o charakterze majątkowym.

Imię i nazwisko- **CZYTELNIE**

własnoręczny podpis

.....

.....