

PROTOCOLO COVID-19 AUTORIZACION MENORES DE EDAD DESIGNACION PERSONA RESPONSABLE



D./D^a _____ con DNI _____ -__ declaro conocer el PROTOCOLO COVID-19 COMPETICIONES de GOLF (Nueva Normalidad) de la Real Federación Española de Golf y el PROTOCOLO COVID-19 COMPETICIONES FGPA, de obligado cumplimiento para jugadores, caddies, acompañantes, espectadores y cualquier persona relacionada con la competición, al objeto de garantizar las medidas necesarias de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, y autorizo expresamente a mi hijo/a _____, para participar en el _____, que tendrá lugar del ___ al ___ de _____ en el _____ (_____), y especialmente me comprometo y obligo a:

- 1.- Cumplimentar, antes del inicio de la competición, el formulario de información del COVID19, sin cuyo requisito no se podrá participar en la competición.
- 2.- Que durante el desarrollo del _____ mi hijo/a estará permanentemente acompañado/a y/o supervisado/a por sus padres o una persona responsable autorizada expresamente por éstos, para velar por la seguridad del menor durante la competición.

De este modo, asumo voluntariamente los riesgos que supone esta actividad deportiva en las actuales circunstancias de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, y exonero a la **Federación de Golf del Principado de Asturias** y a su personal, de toda responsabilidad relacionada con la salud del menor, derivada de su participación en dicha competición.

Firma del Padre / Tutor: _____

Nombre del Padre / Tutor: _____

Dirección del Padre / Tutor: _____

Teléfono: _____

Persona responsable durante la competición: _____

Le informamos que los datos facilitados serán tratados por la FGPA con la única finalidad de dar cumplimiento a su obligación en materia de protección y prevención de la salud pública en relación con el COVID-19. Dicha información será almacenada por un plazo de quince días. Si desea información ampliada en materia de protección de datos, visite nuestra política de privacidad.

Esta información se podrá compartir con las autoridades locales de Salud Pública para permitir un rápido rastreo de contactos si un participante en el evento sufre la enfermedad COVID-19 o llegó en contacto con un caso confirmado.

Mediante la firma del presente documento, al abajo firmante afirma haber leído, entendido y acepta lo establecido en el Protocolo relativo a la protección de la salud en relación con el COVID-19 de la FGPA.

Fdo: **EL PADRE o TUTOR**

En _____, a ___ de _____ de 2020