



# 52° RALLY MONTAÑAS

# SAN LUIS POTOSÍ



30 DE JULIO & 1 DE AGOSTO 2020

### DECLARACIÓN COVID-19 PILOTO:

A quien corresponda:

Por este conducto manifiesto y declaro BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que, hasta el momento de entregar este documento, ni el suscrito ni los integrantes de mi equipo se encuentran en circunstancias de riesgo, ni presentamos alguno o varios de los siguientes síntomas, que puedan ser atribuibles a la enfermedad COVID-19 producida por el virus denominado CORONAVIRUS SARS COVID-2:

- 1.- Fiebre;
- 2.- Tos;
- 3.- Escorrimento Nasal;
- 4.- Dolor muscular;
- 5.- Dolor de Cabeza;
- 6.- Dolor de articulaciones;
- 7.- Dolor de garganta;
- 8.- Disminución de capacidad olfativa;
- 8.- Dificultad respiratoria;
- 9.- Así mismo, declaro que no tengo conocimiento de que el suscrito o los miembros de mi equipo sea(n) portador(es) asintomático(s) de COVID-19;
- 10.- También declaro que no tengo conocimiento de que el suscrito o alguno de los miembros de mi equipo hayan estado o estar en contacto dentro de los últimos quince días, con ninguna persona con esos síntomas, o a la que se le haya determinado como portador o paciente de COVID-19

Así mismo, me comprometo en lo personal y en nombre de mi equipo a acatar todas y cada una de las normas de seguridad sanitaria durante nuestra presencia en las instalaciones, conservando la distancia necesaria con otras personas, usando cubrebocas adecuado y mascarilla o lentes de protección, manteniendo la más estricta limpieza en los artículos de uso para la labor que sea necesario desempeñar.

También me comprometo en lo personal y en nombre de los integrantes de mi equipo, a que:

- A.- En caso de presentar cualquiera de los síntomas referidos o encontrarme(nos) en alguna de las situaciones de riesgo enunciadas, el sintomático se retirará del evento, y daré(mos) aviso inmediato a ustedes así como a las personas con las que haya(mos) estado en contacto, y;
- B.- En ese caso, acudiré(mos) dentro de las próximas 24 horas a hacer(nos) las pruebas necesarias para determinar la existencia o ausencia de la enfermedad referida, dando aviso inmediato de ello a ustedes y a las personas con las que haya(mos) tenido contacto.

Finalmente, declaro que los compromisos que adjuntos entrego, suscritos por cada uno de los integrantes de mi equipo, han sido firmados personalmente por cada uno de ellos en mi presencia, responsabilizándome de la autenticidad de la firma que en ellos obra, así como de la del suscrito.

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: (M) o (F)

Equipo: \_\_\_\_\_ Piloto responsable: \_\_\_\_\_ Licencia No. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Firma Piloto Responsable:

\_\_\_\_\_

Firma Padre o Tutor en caso de ser Piloto Menor de Edad

\_\_\_\_\_