



DECLARACIÓN RESPONSABLE

NOMBRE Y APELLIDOS
DIRECCIÓN
TELÉFONO
EMAIL
DNI

Como aficionado del CLUB BALONCESTO TORMES declaro:

Que me comprometo a no acceder a las instalaciones del pabellón municipal de Würzburg si he tenido conocimiento de haber estado en contacto en los últimos quince días con personas diagnosticadas con la COVID-19, no haber tenido síntomas compatibles con la COVID 19 (tos, fiebre, malestar general, dificultad respiratoria...) en los últimos catorce días.

Así mismo, me comprometo a informar al CB TORMES en caso de contagio y haber estado en las instalaciones mencionadas en los catorce días anteriores a la notificación.

Y para que conste FIRMO:

NOMBRE, APELLIDOS Y DNI