**Declaración Responsable de Solicitante de**

**Estancia en el Centro Vedruna De Valladolid**

**Datos personales:**

Nombre y apellidos del interesado/a:

DNI/No:

Edad:

Actividad en la que participa:

Lugar de procedencia:

Declaro, responsablemente:

1. **Que durante los últimos 14 días y en este momento:**
* No he sido positivo de Covid-19 ni he convivido con personas que sin o han sido positivas
* No presento ninguna sintomatología compatible con el Covid-19 (fiebre, dificultades para la respiración, tos, malestar, etc) o cualquier otro cuadro infeccioso.
* No he estado en estrecho contacto con ninguna persona que haya dado positivo de Covid-19 o que haya tenido sintomatología compatible con esta enfermedad.

**2. (Seleccione una de las dos opciones)**

☐ Que no sufro ninguna de las siguientes enfermedades:

* Enfermedades respiratorias graves que requieran medicación o dispositivos de soporte ventilatorio.
* Enfermedades cardíacas graves.
* Enfermedades que afectan al sistema inmunitario (requieren tratamientos inmunosupresores).
* Diabetes mal controlada.
* Enfermedades neuromusculares o encefalopatías moderadas o graves.

☐ Que sufro cualquiera de las siguientes enfermedades y he valorado con mi médico la idoneidad de realizar esta actividad que incluye alojamiento y pernocta.

* Enfermedades que afectan al sistema inmunitario (requieren tratamientos inmunosupresores).
* Diabetes mal controlada.
* Enfermedades neuromusculares o encefalopatías moderadas o graves.
* Enfermedades respiratorias graves que requieran medicación o dispositivos de soporte ventilatorio.
* Enfermedades cardíacas graves.

**3. Que me tomaré la temperatura antes de iniciar la estancia y, que en caso de tener fiebre o presentar alguno de los síntomas compatibles con el Covid-19, cancelaré la reserva.**

**4. Que conozco la obligación de informar al Centro de cualquier manifestación de posibles síntomas durante mi estancia o aparición de síntomas en mi entorno.**

Y para que así conste a los efectos de mi participación en las actividades del Centro Vedruna firmo la presente declaración de responsabilidad y consiento explícitamente el tratamiento de los datos que hay en esta declaración únicamente para dicha finalidad.

Firma: Fecha: