**“Encuentro Nacional de Jóvenes”**

Del 30 de julio al 2 de agosto de 2021

Seminario Diocesano de Astorga en Plaza Obispo Don Marcelo, CP: 24700 Astorga, (León)

**ACEPTACIÓN DE CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN, EN EL CONTEXTO COVID -19 OBLIGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ENCUENTRO**

Rellenar solamente uno de los siguientes formularios en función de si el participante es **mayor** o **menor** de edad.

**En el caso de ser menor de edad:**

D/Dª.................................................................. con nº de DNI ..............................

actuando en nombre propio como padre/madre/tutor-a del interesado/a (menor de edad)

...........................................................................con nº de DNI ..............................

Declaro bajo mi responsabilidad que solicito que la persona cuyos datos figuran en el encabezamiento (el interesado) participe en el Encuentro “Descálzate” para lo cual he leído con detalle la información proporcionada y acepto las condiciones de participación, expreso mi compromiso con las medidas personales de higiene y prevención obligatorias y asumo toda la responsabilidad frente a la posibilidad de contagio por COVID-19.

Pertenencia a grupos vulnerables o con necesidades especiales de adaptación: Si / No.

Si es que sí, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**En el caso de ser mayor de edad:**

D/Dª.................................................................. con nº de DNI …………………………

Declaro bajo mi responsabilidad que solicito que la persona cuyos datos figuran en el encabezamiento (el interesado) participe en el Encuentro “Descálzate” para lo cual he leído con detalle la información proporcionada y acepto las condiciones de participación, expreso mi compromiso con las medidas personales de higiene y prevención obligatorias y asumo toda la responsabilidad frente a la posibilidad de contagio por COVID-19.

Pertenencia a grupos vulnerables o con necesidades especiales de adaptación: Si / No.

Si es que sí, especifique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Táchese lo que proceda)

**Declaración responsable de no formar parte de grupos de riesgo ni convivir con grupo de riesgo.**

* Declaro que el interesado cumple los requisitos de admisión establecidos en el Documento de aceptación de condiciones de participación, obligación de información y consentimiento informado, no siendo grupo de riesgo.
* Declaro que el interesado no convive con nadie que sea grupo de riesgo, o que, en el caso de que así sea, participa en la actividad bajo mi propia responsabilidad.
* Aceptación del Documento de Medidas personales de higiene y prevención obligatorias frente al COVID-19
* He leído y acepto los compromisos contenidos en el Documento de Medidas personales de higiene y prevención obligatorias.

**Declaración de haber leído y aceptado los documentos proporcionados por la organización sobre la adaptación de la actividad al COVID-19**

* Declaro que he recibido y leído el Protocolo de adecuación de la actividad al COVID-19 de la entidad responsable de la actividad y que por tanto tengo conocimiento pleno y estoy de acuerdo con las medidas y procedimientos que propone.
* Declaro que he recibido y leído el Protocolo de actuación en casos de emergencia o riesgo de contagio de la entidad responsable de la actividad.

**Consentimiento informado sobre COVID-19**

* Declaro que, tras haber recibido y leído atentamente la información contenida en los

documentos que acompañan a esta autorización, soy consciente de los riesgos que implica, para él mismo y para las personas que conviven con él, la participación del interesado en la actividad en el contexto de la crisis sanitaria provocada por el COVID-19, que asumo bajo mi propia responsabilidad.

En ................................, a......... de........................ de..................

Firma:

Firmado (nombre y apellidos):

DNI: