



Acreditaciones para Medios de Comunicación

Estimados Medios de Comunicación:

Por la presente, Sala Zaragoza convoca a los MM. CC. para los próximos partidos que disputará el primer equipo de Sala Zaragoza **en Primera División de Fútbol Sala Femenino, temporada 2021/2022.**

PROCESO DE ACREDITACIÓN

Para una mejor organización del evento y cumplimiento del protocolo de COVID-19, rogamos confirmación de asistencia vía email, las acreditaciones son limitadas y se concederán por riguroso orden de confirmación.

comunicacion@salazaragoza.com

Asimismo, deberán rellenar y entregar el formulario de localización personal y declaración responsable que se adjunta en este mismo documento en las siguientes páginas.

Un cordial saludo,

Nacho Bonilla
Director de Comunicación

DECLARACIÓN RESPONSABLE

Sr./a _____ mayor de edad y
con DNI _____ con número de teléfono _____,
en nombre propio comparezco y manifiesto como mejor proceda que,

DECLARO RESPONSABLEMENTE

1. Que no presento sintomatología compatible con el Coronavirus SARS-CoV-2 (fiebre superior o igual a 37,5 grados, tos, malestar general, sensación de falta de aire, pérdida del gusto, dolor de cabeza, fatiga, dolor de cuello, dolor muscular, vómitos, diarrea) o cualquier otro síntoma típico de las infecciones.
2. Que no he dado positivo ni he tenido contacto estrecho con alguna persona o personas con sintomatología posible o confirmada de COVID-19 en los 14 días inmediatamente anteriores a la fecha de firma del presente documento.
3. Que he leído los protocolos de seguridad y las medidas informativas y de prevención de higiene y de seguridad de la COVID-19 dispuestas por el organizador de la competición y del encuentro y las acepto cumplir de manera responsable, en su totalidad, con las pautas de conducta y comportamiento que se establecen, aceptando que Responsable de Higiene de la instalación deportiva en la que tiene lugar el evento puede acordar motu proprio mi exclusión de la misma instalación deportiva en caso de incumplirlas.
4. Que haré uso de la mascarilla pues es obligatorio; usaré constantemente el gel hidroalcohólico; mantendré la distancia de seguridad.
5. Que no me levantaré del asiento que se me haya asignado, salvo por causas justificadas (se intentará no utilizar el servicio, salvo que sea del todo necesario).
6. Que está prohibido beber y comer en la instalación deportiva.
7. Que soy consciente y acepto que el incumplimiento de las normas del COVID-19 especialmente la no declaración de haber dado positivo o no haber declarado el hecho de haber tenido una relación próxima con personas con síntomas implica que se pueden tomar medidas por parte del Responsable de Higiene de la instalación, así como por parte del organizador del evento deportivo, en el momento del propio evento o en momento posterior si fuera necesario para salvaguardar la salud pública.
8. Que me comprometo a informar inmediatamente si me apareciera cualquier síntoma al Responsable de Higiene y/o al organizador del evento durante el mismo acontecimiento deportivo.



DECLARACIÓN RESPONSABLE

Esta información será tratada de manera confidencial y con la exclusiva finalidad de proteger la salud pública y poder adoptarse las medidas necesarias para evitar el contagio y la propagación del virus. Al mismo tiempo y con la firma del presente documento se declara conocer las medidas específicas de protección e higiene establecidas para el evento al que asiste.

El cumplimiento de las normas antes citadas es una responsabilidad individual de cada uno de los espectadores, sin que exista responsabilidad alguna por parte del Club o de la Instalación deportiva de los contagios que con ocasión del acceso al evento se pudieran producir.

Y para que conste a los efectos oportunos,

FIRMO

_____ En Zaragoza, el _____ de
_____ de 202__



FORMULARIO DE LOCALIZACIÓN PERSONAL

Fecha de celebración del partido:

Hora de entrada:

Nombre tal y como aparece en DNI o en el Pasaporte u otro documento de identidad válido:

Dirección durante la competición (calle/apartamento/ciudad/número postal/país):

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Países/CCAA que visitaste o donde estuviste en los últimos 7 días:

	Preguntas	SI	NO
1	¿Tuvo contacto cercano con alguien diagnosticado con la enfermedad COVID-19?		
2	¿Proporcionó atención directa a pacientes de COVID-19?		
3	¿Visitó o permaneció en un ambiente cerrado con algún paciente con la enfermedad COVID-19?		
4	¿Trabajó o estudio de forma cercana o compartiendo el mismo ambiente laboral o de clase con pacientes de COVID-19?		
5	¿Ha viajado con un paciente COVID-19 en cualquier medio de transporte?		
6	¿Ha vivido en la misma casa que un paciente COVID-19?		

FIRMO

_____ En Zaragoza, el _____ de
_____ de 202__