



D. / Dna. _____, con D.N.I. nº _____, participo nas probas físicas relativas á avaliación do procedemento de recoñecemento da experiencia laboral nas cualificacións de Socorrismo en instalación acuáticas e/ou Socorrismo en espazos acuáticos naturais, segundo se establece na convocatoria da Orde do 15 de novembro de 2019 e declaro:

- Que se me informou debidamente do tipo e das características da proba que teño que realizar.
- Que acepto de maneira voluntaria participar nas probas físicas para a avaliación do procedemento de recoñecemento da experiencia laboral.
- Que non padezo enfermidade nin discapacidade que me impida o correcto desenvolvemento dunha proba de esforzo físico.
- Que asumo a responsabilidade e libero á Administración da mesma, por posibles danos e lesións, sen prexuízo de contar co seguro de accidentes co que está dotada esta actividade.

DECLARACIÓN RESPONSABLE CONDICIÓNS DE SAÚDE COVID-19

- Declaro que non estou diagnosticado/a de Covid-19, non presento sintomatoloxía asociada a este virus (tose, febre, dificultade ao respirar, etc.), nin a presentei nos 14 días previos á data de realización desta actividade, nin padezo ningunha outra enfermidade contaxiosa.
- Declaro que non convivo con ninguén afectado polo Covid-19, nin estiven en contacto estreito (non compartín espazo sen gardar a distancia interpersoal e sen a adecuada protección) cunha persoa afectada polo Covid-19, nos 14 días previos á data de realización desta actividade.
- Tampouco estou a gardar corentena debida a Covid-19 a requirimento das autoridades locais ou nacionais.
- Comprométome a realizar unha proba de temperatura antes de realizar a actividade, comprobando que se a temperatura corporal é superior a 37,5 comprométome a non continuar coa actividade.



Por tanto, declaro, baixo a miña responsabilidade, que participarei nas actividades de avaliación da competencia profesional, seguindo estritamente a información facilitada pola organización, acepto as condicións de participación e expreso o meu compromiso coas medidas de hixiene e prevención obrigatorias. Despois de ler as condicións anteriormente expostas, asino este documento para manifestar a miña conformidade.

Este procedemento de recoñecemento da competencia profesional está cofinanciado nun 80% polo Fondo Social Europeo

En _____, a ____ de _____ 2020

Asdo: _____

