



## CONSENTIMENTO INFORMADO

### PARA A PERSOA CANDIDATA á avaliación da cualificación profesional de

### VIXILANCIA E SEGURIDADE PRIVADA

D./Dña. \_\_\_\_\_, con D.N.I. nº \_\_\_\_\_, participo nas probas prácticas relativas á avaliación do procedemento de recoñecemento da experiencia laboral na cualificación de Vixilancia e Seguridade Privada (UC\_0080 e/ou UC\_0081), segundo se establece na convocatoria da resolución do 15 de novembro de 2019, e declaro:

- Que seguirei debidamente as informacións e instrucións sobre o tipo e características das probas, que consistirán en entrevista profesional e simulación de situacións reais de traballo, sobre cuio desenvolvo informaranme os avaliadores no seu momento.
- Que entre as probas que podería ter que realizar hai dúas que puidesen conlevar un certo risco engadido: 1) Tiro con pistola en galería de tiro e 2) Probas físicas.
  - Tiro con pistola. Realizarase no simulador de Galería de Tiro do Acuartelamento Terzo Norte de Infantería de Mariña de Ferrol ou Base Xeral Morillo de Pontevedra. Durante esta proba comprométome a observar todas as medidas de seguridade que se me vaian comunicando durante a mesma. Asumo que podo quedar excluído inmediatamente do proceso de avaliación en caso de incumprimento dalgunha das medidas de seguridade.
  - Probas físicas. Declaro que me atopo en bo estado físico para poder realizar as seguintes probas físicas: carreira de 400 m e flexións en barra (ou na súa falta, en función da idade, lanzamento de balón medicinal). As marcas para lograr serán as establecidas polo Ministerio do Interior para as probas de aptitude física de vixiantes de seguridade.
- Que acepto de maneira voluntaria participar nas probas prácticas para a avaliación do procedemento de recoñecemento da experiencia laboral.
- Que non padezo enfermidade nin discapacidade que me impida o correcto desenvolvemento destas probas.
- 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 CONDICIÓN 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 presenteí 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 á 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.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2020

Asdo: \_\_\_\_\_

