

## Responsable Covid

**Yo, representante del club y delegado del Cumplimiento del Protocolo (DCP) del:**

Club:

Nombre:

Apellidos:

DNI:

Mail:

Teléfono:

Confirmando la veracidad de los datos personales, declaro conocer los requisitos fijados por las autoridades competentes, el CSD y la FCP relativas a la realización de competiciones.

Acredito que el Club al que represento cumple con todos los requisitos fijados por las autoridades competentes.

En ..... el ..... de ..... de.....

**FIRMO**

Esta información será tratada de manera confidencial y con la exclusiva finalidad de poder adoptarse las medidas necesarias para evitar el contagio y la propagación del virus. Al cumplimentar el presente documento, el abajo firmante otorga el consentimiento expreso para que la Federación Canaria de Patinaje pueda hacer un tratamiento de estos datos desde el punto de vista estrictamente médico y de prevención.