



DECLARATIE PE PROPRIA RASPUNDERE

Subsemnatul (a) _____

Legitimant (a) cu CI / BI / Pasaport _____ Seria _____ Nr _____ CNP _____

Participant la competitia Cozia MTB & RUN 2021 din 09-10 octombrie 2021, cursa _____

Parinte / Tutore al minorului

(se va completa cu numele minorului participant)

Avand in vedere prevederile legale privind falsul in declaratii:

DECLAR PE PROPRIA RASPUNDERE ca:

1. Eu / fiul meu / fiica mea sunt /este apt (a) fizic si psihic si am / are o pregatire fizica corespunzatoare pentru participarea la evenimentul sportiv COZIA MTB & RUN 2021, inteleg riscurile participarii si mi le asum in totalitate, exonerand organizatorul ASOCIATIA CLUB SPORTIV RACING TEAM de orice raspundere in cazul in care voi / va suferi orice fel de accident.
2. Datele completate in acest formular sunt corecte si declar ca mi-a fost adus la cunostinta Regulamentul de desfasurare a competitiei, pe care ma oblig sa il respect.
3. Copiii vor participa numai cu acordul si semnatura parintelui, organizatorul ASOCIATIA CLUB SPORTIV RACING TEAM nu isi asuma responsabilitatea pentru nici un fel de accident sau prejudiciu aparut in timpul evenimentului.
4. Confirm ca sunt de acord ca pozele, materialele video, reclamele, pliantele, afisele si cartile facute in cadrul evenimentului, care contin imaginea mea, sa poata fi multiplicare, difuzate sau publicate fara nicio pretentie din partea subsemnatului.
5. Declar ca mi-au fost aduse la cunostinta drepturile pe care mi le confera legea nr. 677/2001 pentru protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date, respectiv dreptul de informare si acces la date, dreptul de interventie asupra datelor cu caracter personal, dreptul de opozitie la colectarea si prelucrarea datelor personale, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale, dreptul de a ma adresa justitiei, precum si faptul ca drepturile de acces la date, de interventie si de opozitie pot fi exercitate adresand o cerere scrisa catre coziامتب@yahoo.com , datata si semnata in care se vor mentiona informatiile prevazute de lege;

DREPT PENTRU CARE SEMNEZ,

DATA:

SEMNATURA:



DECLARATIE MEDICALA

DATE PERSONALE:

NUME SI PRENUME:

DOMICILIU ACTUAL:

CNP:

JUDET:

ORAS:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NUME SI PRENUME TUTORE (se va completa in cazul minorilor):

OPTIUNE TRIAJ:

Colectarea si prelucrarea acestor informatii se face de catre organizatori pentru a permite accesul la eveniment doar pentru persoanele care sunt vaccinate impotriva virusului SARS-CoV-2 si pentru care au trecut 10 zile de la finalizarea schemei complete de vaccinare, persoanele care prezinta rezultatul negativ al unui test RT-PCR pentru infectia cu virusul SARS-CoV-2 nu mai vechi de 72 de ore sau rezultatul negativ certificat al unui test antigen rapid pentru infectia cu virusul SARS-CoV-2 nu mai vechi de 24 de ore, respectiv persoanele care se afla in perioada cuprinsa intre a 15-a zi si a 180-a zi ulterioara confirmarii infectarii cu virusul SARS-CoV-2.

Organizatorii vor pastra evidentele necesare pentru a putea dovedi respectarea obligatiilor privind indeplinirea conditiilor de acces in fata autoritatilor competente, pentru o perioada de 3 ani si nu vor folosi aceste informatii privind participantii pentru niciun alt scop in afara organizarii evenimentului si dovedirea indeplinirii obligatiilor legale aferente.

PREZENTAREA UNUI CERTIFICAT DIGITAL EUROPEAN

Prin prezentarea Certificatului Digital European COVID sau prin realizarea demersurilor pentru efectuarea testului rapid la fata locului, participantii confirma ca au inteles si accepta conditiile de acces si prelucrarile de date personale aferente.

REALIZAREA UNUI TEST RAPID LA FATA LOCULUI

In cazul realizarii unui test rapid la fata locului, participantii accepta si inteleg urmatoarele:

- Sunt de acord cu prelucrare a probelor ce urmeaza a fi efectuate (Testare rapida detectare antigen SARS-CoV2).
 - Confirma ca au fost informati cu privire la definitia de caz COVID-19, precum si cu privire la riscurile la care se supun, cu tot protocolul strict respectat.
 - Isi exprima acordul ca datele lor personale sa fie prelucrate de catre CABINETUL MEDICAL AL ORASULUI CALIMANESTI laboratorul de analize medicale ce va efectua testarea, conform procedurilor CABINETUL MEDICAL AL ORASULUI CALIMANESTI .
- Mai multe informatii privind aceste aspecte pot fi obtinute direct de la laboratorul de analize.

DREPT PENTRU CARE SEMNEZ,

DATA:

SEMNATURA:
