

Declaració responsable per a les persones que assisteixen a centres d'atenció diürna o serveis d'informació, orientació i tractament social, dependents del Departament de Benestar Social i Família.

Dades personals

Nom i cognoms	DNI/NIE/Passaport
Nom i cognoms del tutor/a legal (en cas d'incapacitació)	DNI/NIE/Passaport

Declaro, responsablement:

1. Que durant els darrers 14 dies i en aquest moment:

- No presenta cap simptomatologia compatible amb la covid-19 (febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea...) o amb qualsevol altre quadre infecciós.
- No ha estat positiu de covid-19 ni ha conviscut amb persones que siguin o hagin estat positives.
- No ha estat en contacte estret amb cap persona que hagi donat positiu de covid-19 ni que hagi tingut simptomatologia compatible amb aquesta malaltia.

2. (Seleccioneu una de les dues opcions)

Que NO pateixo cap de les malalties o no estic en cap de les situacions següents:

- **Malalties respiratòries** greus que necessiten medicació o dispositius de suport ventilatori.
- **Malalties cardiovasculars**, inclosa la hipertensió.
- Malalties que afecten al **sistema immunitari** o immunodeficiència, i càncer en fase de tractament actiu.
- **Diabetis**.
- **Malalties neuromusculars o encefalopaties** moderades o greus.
- **Embaràs**.
- Ser **major de 60 anys**.

Que PATEIXO alguna de les malalties o que tot i estar en una de les situacions a dalt exposades he valorat amb el meu metge/metgessa o psiquiatre la idoneïtat de reprendre activitats d'inserció sociocomunitària o tractaments psicossocials.

3. Que em prendré la temperatura abans de sortir de casa per anar al centre i que, en el cas que tingui febre o presenti algun dels símptomes compatibles amb la covid-19, no assistirà al centre.

4. Que conec l'obligació d'informar al centre de l'aparició de qualsevol cas de covid-19 en el nostre entorn familiar i de mantenir un contacte estret amb el centre davant de qualsevol incidència.

5. Que seguiré les instruccions de seguretat i mesures preventives que indiquin, en qualsevol cas, els professionals del centre.

Declaro sota la meua responsabilitat

. Participar en les activitats de la organització

. Que he llegit amb detall la informació proporcionada per la pròpia organització (Protocol d'adequació de l'activitat al COVID-19 i el Protocol d'actuació en casos d'emergència o risc de contagi de l'entitat responsable) i accepto les condicions de participació

. Que expresso el meu compromís amb les Mesures personals d'higiene i prevenció obligatòries i

. Que sóc conscient dels riscos que implica la meua participació en l'activitat en el context de la crisi sanitària provocada pel COVID-19 i assumeixo tot la responsabilitat davant la possibilitat de contagi per COVID-19.

I, perquè així consti, als efectes de la meua incorporació / visita al centre EL TURO. SALUT MENTAL. ASSOCIACIÓ DE FAMILIARS I AMICS, signo la present declaració de responsabilitat i consento explícitament el tractament de les dades que hi ha en aquesta declaració.

Informació bàsica sobre protecció de dades personals:

Usuaris dels serveis El Turó. Salut mental.

Responsable del tractament: Direcció de El Turó. Salut mental. Associació de familiars i amics. Alt Penedès.

Finalitat: Per gestionar l'acció sociocomunitària especialitzada en salut mental.

Drets de les persones interessades: Podeu sol·licitar l'accés, la rectificació, la supressió o la limitació del tractament de les vostres dades. Per conèixer tota la informació relativa als drets de les persones interessades i com exercir-los us podeu dirigir per escrit a turo.salutmental@gmail.com

Lloc i data

Signatura
