

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE SALUD

DATOS DEL INTERESADO/A

Nombre y Apellidos: _____
DNI/NIE: _____
Teléfono: _____

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD

1. Que me encuentro en un estado de salud adecuado para participar en el Curso de Vulcanología y en las actividades previstas en su programa.
2. Que dispongo de la condición física suficiente para realizar desplazamientos en avión y autocar, así como las salidas de campo, caminatas por terreno irregular y otras actividades propias del curso.
3. Que no padezco ninguna limitación médica, lesión o condición de salud que pueda poner en riesgo mi seguridad o la del grupo durante el desarrollo de las actividades.
4. Que, en caso de padecer alguna condición médica relevante (patologías, embarazo, limitaciones físicas u otras circunstancias que puedan afectar a la actividad), me comprometo a informar previamente a la organización.
5. Que me comprometo a seguir las indicaciones de seguridad y organización del profesorado y del equipo responsable del curso, especialmente durante las salidas de campo.
6. Que asumo la responsabilidad de comunicar a la organización cualquier cambio en mi estado de salud que pueda afectar a mi participación en el curso o en las actividades de campo.

Y para que así conste, firmo la presente declaración en
_____, a _____ de _____ de 20__.

Firma:

Fdo.:

