



OŚWIADCZENIE

Niniejszym podpisem oświadczam, że:

- zapoznałem/zapoznałam się i zobowiązuję się przestrzegać wszystkich postanowień dokumentu "WARUNKI SZCZEGÓLNE ZWIĄZANE Z EPIDEMIĄ COVID-19 OBOWIĄZUJĄCE PODCZAS WYSOKA GRZĘDA BAJA POLAND 2020"
- znane jest mi potencjalne ryzyko związane z udziałem w sporcie samochodowym i akceptuję, że ryzyko to może prowadzić do utraty zdrowia i/lub życia;
- w związku z nadzwyczajną sytuacją dotyczącą epidemii COVID-19 jestem świadomy/świadoma istniejącego zagrożenia epidemicznego;
- uczestniczę w Zawodach na własne ryzyko i odpowiedzialność;
- jestem fizycznie i psychicznie zdolny/zdolna do wzięcia udziału w Zawodach;
- nie jestem objęty/objęta obowiązkową kwarantanną;
- obecnie nie mam żadnych objawów COVID-19 i nie miałem/miałam kontaktu z nikim wykazującym jego objawy w ciągu ostatnich 14 dni;
- jeżeli w trakcie trwania Zawodów zacznę wykazywać objawy COVID-19, niezwłocznie wycofam się w bezpieczny sposób z dalszego udziału w Zawodach i powiadomię o tym fakcie personel Organizatora, wskazując osoby, z którymi miałem/miałam kontakt podczas Zawodów;
- zrzekam się, w najszerszym dozwolonym zakresie, praw do wszelkich roszczeń za jakiegokolwiek straty i/lub szkody i/lub krzywdy, które mogą się zdarzyć podczas Zawodów mi samemu/samej, jak i moim osobom towarzyszącym. Zrzeczenie to dotyczy Organizatora, członków personelu Organizatora, właścicieli i personelu obiektów oraz terenów na, których odbywają się Zawody oraz innych zgłoszonych Uczestników,,
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Baja Poland (Administradora Danych Osobowych) na podstawie art. 6 ust. 1 lit a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/678 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych)

IMIĘ:

NAZWISKO:

ZAWODNIK / CZŁONEK ZESPOŁU / MEDIA / OSOBA OFICJALNA / SĘDZIA / PERSONEL ORGANIZATORA*

* zaznacz prawidłowe

NR STARTOWY*:

*dotyczy ZAWODNIKA/CZŁONKA ZESPOŁU

NR TELEFONU:.....

Pomiar temperatury ciała Uczestnika (wypełnia osoba wykonująca pomiar wyznaczona przez organizatora):

Godz: temp:_____°C

Data i miejsce

Podpis (Czytelny)

.....

.....