



## Termo de responsabilidade para Retoma de Atividade de Treino

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Cartão de cidadão nº : \_\_\_\_\_

1. Tem febre, tosse, alterações respiratórias, mal-estar geral, fadiga, diarreia, dores de cabeça, alteração do olfato e ou paladar? Sim/Não (riscar o que não interessa)
2. Teve algum dos sintomas anteriores nos últimos 15 dias? Sim/Não (riscar o que não interessa)
3. Algum familiar ou contactos próximos sofreu/ sofre de algum dos sintomas anteriores nos últimos 15 dias? Sim/Não (riscar o que não interessa)
4. É profissional de saúde, trabalha em ambiente hospitalar ou em lares para a terceira idade? Sim/Não (riscar o que não interessa)
5. Esteve fora do país ou em aeroportos nos últimos 15 dias? Sim/Não (riscar o que não interessa)

Responsabilizo-me totalmente pelas informações acima indicadas e a assinatura deste Termo resulta de uma decisão, numa avaliação consciente e informada, em que pondero as vantagens resultantes do efeito de treino face ao aumento de RISCO DE SAÚDE.

Li cuidadosamente e tomei conhecimento do Plano de Retoma da Atividade e do Manual de Procedimentos, documentos de cumprimento integral obrigatório para efeitos de treino desportivo.

Estou ciente que o conjunto de medidas implementadas pelo clube se destinam a diminuir os riscos em contrair a doença (COVID-19), mas não podem garantir a segurança plena nas instalações desportivas e na atividade, neste contexto de pandemia ainda existente.

Assim, comprometo-me a seguir as Normas e Orientações da Direção-Geral de Saúde, nomeadamente o distanciamento físico, a etiqueta respiratória e a lavagem frequente das mãos.

Declaro a minha intenção de utilizar os espaços de treino ao ar livre propostos pelo clube/treinador, assumindo pessoal e individualmente todas as consequências e responsabilidades.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2020

Assinatura \_\_\_\_\_