##### Termo de Responsabilidade

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Portador do documento de identificação nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, credenciado na **47.ª Volta ao Algarve** para a função de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro por minha honra, que:

1. Adotarei um comportamento socialmente responsável, cumprindo de forma exemplar as medidas gerais recomendadas pela Direção-Geral da Saúde, na minha vida em sociedade e no desempenho da função para a qual estou credenciado, designadamente, a etiqueta respiratória, a higienização frequente das mãos, e, sempre que aplicável, o distanciamento físico e a utilização da máscara;

2. Reconheço o conhecimento integral do Regulamento Particular, designadamente, as medidas de adaptação regulamentares especificas e da organização médico-desportiva da prova em contexto COVID-19, e comprometo-me a aceitá-las e cumpri-las na sua íntegra;

3. Aceito submeter-me aos controlos sanitários previstos pela Organização da prova ou qualquer avaliação proposta pelos Serviços Médicos da prova, incluindo eventuais meios de estudo complementares ao diagnóstico para o novo coronavírus;

4. Informarei, de imediato, os serviços médicos da prova sobre a manifestação de quaisquer sinais ou sintomas de COVID-19, ou relativamente a contactos com indivíduos suspeitos de COVID-19 ou com casos confirmados de infeção por SARS-Cov-2.

Mais declaro que compreendo e concordo que os dados relacionados com a avaliação médico-sanitária realizada no âmbito do evento sejam usados apenas pelos Serviços Médicos da prova para monitorização e redução do risco de transmissão do vírus COVID-19 e que os mesmos não serão transmitidos e usados por terceiros. Os Serviços Médicos da prova serão responsáveis principalmente por garantir a proteção dos referidos dados e agir em conformidade com a Norma Internacional para a Proteção de Privacidade e Informações Pessoais e com as leis locais de proteção de dados. Ao assinar este formulário, declaro que concordo expressamente com o processamento das minhas respostas por parte dos Serviços Médicos da prova.

\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_