

Formulari per a persones majors de 18 anys

En / Na (Nom i cognoms) amb DNI
....., que havent estat informat / a dels beneficis i riscos autoritza expressament la realització de l'test presa de mostra nasofaríngia mitjançant hisop, aplicant el test per a la detecció d'antígens del virus SARS-Cov2, causant de la malaltia Covid19 previ a la participació en el Campionat de Catalunya de Rugby previ a cada partit. Donant el seu consentiment perquè les dades personals siguin enviats a les autoritats sanitàries pertinents i siguin tractats pels Serveis Mèdics de la FCR, en aquest cas només si són negatius.

En _____ a _____ de _____ de _____
Signatura

En el cas de participants menors de 18 anys serà requisit imprescindible la presentació de la següent autorització per part dels pares o tutors legals per a la realitzar de la prova. Indicant correu i telèfon per a qualsevol comunicació necessària sobre les proves realitzades.

Formulari per a persones menors de 18 anys

D./D^a _____ amb DNI _____ pare / mare / tutor legal de /
_____ amb DNI _____ menor d'edat, que havent estat informat / a dels beneficis i riscos autoritza expressament la realització de l'test presa de mostra nasofaríngia mitjançant hisop, aplicant el test per a la detecció d'antígens del virus SARS-Cov2, causant de la malaltia Covid19 previ a la participació del menor el Campionat de Catalunya de Rugby a cada partit. Donant el seu consentiment perquè les dades personals de el menor siguin enviats a les autoritats sanitàries pertinents i siguin tractats pels Serveis Mèdics de la FCR, en aquest cas només si són negatius.

Correu de contacte:

Telèfon de contacte:

En _____ a _____ de _____
Signatura