



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRACTICA DE GOLF AFICIONADO

Yo _____ con CC _____ de _____ y Código de Federación Colombiana de Golf No. _____ entiendo y acepto que debo cumplir con los requisitos y recomendaciones establecidas para la práctica del golf conforme al protocolo aprobado por las autoridades competentes. Asumo la responsabilidad del riesgo de contagio que conllevan los desplazamientos hacia el sitio de practica y juego para mí y mi familia.

Me han sido explicados todos los riesgos adicionales que asumo al realizar esta práctica deportiva y por lo tanto me comprometo a cumplir con todos los requerimientos de bioseguridad y normas para la práctica del deporte en aras de minimizar la posibilidad de contagio del COVID-19. Además de esto, me comprometo a comunicar cualquier resultado confirmatorio de ser portador del virus.

Libero de responsabilidad al personal federativo y del Club ante el evento de ser diagnosticado con COVID-19, pues entiendo que su contagio pudo ser en cualquier momento, y en cualquier espacio.

El hecho de haber tenido una exposición previa al virus, no me libera de una reinfección, por lo que me comprometo a cumplir con todos los protocolos de seguridad. Soy consciente que pese al cumplimiento de todos los protocolos de seguridad existe una probabilidad de contagiarse con COVID 19. Cabe señalar que a pesar de las pruebas que me hayan realizado previamente y que no tenga síntomas, tengo la posibilidad de ser portador asintomático de la enfermedad; los riesgos asociados a la exposición de COVID-19 son: muerte, síndrome de dificultad respiratoria del adulto, coagulopatías, eventos trombóticos severos, otras manifestaciones como eventos respiratorios, gastrointestinales, neurológicos relacionados con el COVID-19 y en general aumento de probabilidad de las complicaciones de enfermedades pre existentes, así como las probables secuelas resultantes del padecimiento de la enfermedad.

Se me ha explicado que la decisión del regreso a la actividad deportiva es totalmente voluntaria, primando mi salud y la de mi entorno familiar.

Nombre y Firma

No. de identificación: _____