**Declaración Jurada Eventos**

**PRINCE OF WALES COUNTRY CLUB**

Al firmar este documento y entregarlo al vigilante en el momento de ingresar al club, usted **Acepta** esta Declaración donde indica en este instrumento, que quedará obligado a los términos y condiciones que pone PWCC para el ingreso y la realización segura de esta actividad social.

El club guardará y registrará evidencia de la aceptación legal del socio e invitados a su evento social, los términos y condiciones descritas en la Declaración Jurada a través de un proceso consistente y auditable, guardando fecha, hora y fuente de Aceptación. El club se obliga a mantener confidencialidad respecto de la obligación entregada por el socio, salvo en caso que se acredite o existan pruebas o antecedentes respecto de falta de veracidad de las declaraciones formuladas.

**Recuerde**: **TODO ASISTENTE DEBE TENER PASE DE MOVILIDAD**

* Distanciamiento debe ser de 1,5 mts
* Siempre uso de mascarilla (sólo se puede sacar cuando usted consume alimentos en lugar fijo)
* Alcohol gel en todo momento (Usted deberá tener el de uso personal y complementar con los dispensadores en el salón)
* Registro de su Temperatura al ingresar por Vigilancia Las Arañas #1901
* Presentar este documento al ingresar al club, en el momento de tomar su temperatura.

**Preguntas declaración jurada a cada persona que ingresa a PWCC**

¿Ha presentado alguno de los siguientes síntomas recientemente?

Si usted tiene fiebre o tiene dos o más síntomas de los descritos no debe salir de su casa y avisar a su médico correspondiente. \*

* Fiebre (temperatura corporal de 37,8ºC o más)
* Tos
* Disnea o dificultad respiratoria
* Dolor toráxico
* Odinofagia o dolor de garganta al comer o tragar fluidos
* Mialgias o dolores musculares
* Escalofríos
* Cefalea o dolor de cabeza
* Diarrea
* Pérdida brusca del olfato o anosmia
* Pérdida brusca del gusto o ageusia
* Sin síntomas

¿Ha tenido contacto estrecho con una persona confirmada con COVID-19? Si usted ha tenido contacto estrecho, no debe salir de su casa y avisar a la autoridad sanitaria. \*

* Si
* No

**FECHA EVENTO:**

**NOMBRE COMPLETO DE ASISTENTE:**

**RUT:**

**EMAIL:**

FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_