

Para ser preenchido por **TODOS OS PARTICIPANTES** e enviado até **25 de fevereiro**, antes da chegada ao evento. Depois de preenchido e assinado, enviar escaneado para: [regatas@remobrasil.com](mailto:regatas@remobrasil.com).

TODOS	<b>Nome Completo:</b>	
	<b>Número de Telefone:</b>	
	<b>E-Mail:</b>	
	<b>Países visitados nos últimos 14 dias:</b>	
	<b>Grupo:</b> <input type="checkbox"/> Equipes <input type="checkbox"/> World Rowing <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> Imprensa <input type="checkbox"/> Outro:	
EQUIPES	<b>Federação Membro:</b>	
	<b>Chefe de Delegação:</b>	
	<b>Endereço durante o evento:</b>	

NOS ÚLTIMOS 14 DIAS VOCÊ...	
Teve contato próximo com alguém diagnosticado com COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Prestou cuidados a pacientes de COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Visitou ou permaneceu em ambiente fechado com algum portador de COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Trabalhou junto ou em proximidade ou compartilhando o mesmo ambiente de sala de aula que um paciente de COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Viajou junto com um paciente COVID-19 em qualquer tipo de transporte?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Compartilhou a mesma casa que um paciente de COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Esteve em quarentena?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Testou positivo para COVID-19 no teste PCR?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Apresentou qualquer um dos seguintes sintomas agora e/ou nos últimos 14 dias: febre, tosse seca, falta de ar, perda de olfato/paladar, diarreia leve, conjuntivite, inflamação dos olhos, dor de garganta, congestão, dor de cabeça, calafrios, dores musculares/articulares.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

- Eu confirmo que irei reportar à Equipe Médica do Comitê Organizador (CO) qualquer mudança em meu estado de saúde, mesmo que seja uma pequena mudança.
- Eu confirmo que concordo e cumprirei o Plano de Proteção COVID-19 do CO.
- Eu entendo que os procedimentos podem apenas minimizar o risco de uma infecção e que o CO e a World Rowing não podem ser responsabilizadas no caso de uma infecção.
- Eu aceito que o Comitê Organizador e a World Rowing colem e guardem os dados fornecidos de acordo com a GDPR/LGPD.

**DATA:** ..... **ASSINATURA:** .....