



DECLARACIÓN RESPONSABLE DA PERSOA SOLICITANTE

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE DECLARANTE

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI/PASAPORTE			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
TIPO	NOME DA VÍA	NÚM.	BLOQ.	ANDAR	PORTA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDADE/PROVINCIA	PAIS				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO ELECTRÓNICO				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

DATOS DA ENTIDADE POLA QUE PARTICIPA

NOME	PAIS
<input type="text"/>	<input type="text"/>

A PERSOA SOLICITANTE DECLARA:

<input type="checkbox"/> Que está en condicións de levar a cabo a actividade física que consta no programa
<input type="checkbox"/> Que non padece enfermidade infecto-contaxiosa
<input type="checkbox"/> Que acepta o cumprimento das normas de desenvolvemento do programa
<input type="checkbox"/> Que se compromete a cumprir a normativa que sobre a COVID-19 estea vixente no ámbito territorial da Comunidade Autónoma de Galicia durante o tempo que dure o programa
<input type="checkbox"/> Que autoriza a recollida de imaxes e mesmo vídeos para a súa publicación, de ser o caso

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE DECLARANTE

Lugar e data

<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	de	<input type="text"/>	de	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	----	----------------------	----	----------------------