

# PROTOCOLO COVID

## IV CICLOTURISTA LA RIOJA

Este protocolo podrá sufrir variaciones según evolucione la situación de la pandemia. Es importante verificar las comunicaciones que haga la organización a través de la página web en las fechas cercanas a la prueba.

### 1. MASCARILLA OBLIGATORIA.

- ❖ Lleva la mascarilla puesta antes y después de la prueba y si te bajas de la bici en los avituallamientos.

### 2. RECOGIDA DE DORSALES

- ❖ Evita el contacto con el personal
- ❖ Mantén la distancia de seguridad.
- ❖ No te quites la mascarilla.
- ❖ Entrega firmado el documento COVID que te puedes descargar con antelación o rellénalo en el control de firmas.

### 3. DURANTE LA PRUEBA

- ❖ Siempre que puedas, evita circular en grupo.
- ❖ Mantén 1,5m de distancia con los demás, si estás parado.
- ❖ En bici, procura mantener 10m de distancia o circula a la par.
- ❖ No compartas comida o bebida.
- ❖ Procura no tocar espacios comunes.
- ❖ Lávate las manos y/o utiliza gel hidroalcohólico a menudo.

### 4. SALIDA

- ❖ Acude a la hora que te haya comunicado la organización
- ❖ Mantén 1,5m de distancia con el resto de personas.
- ❖ No te quites la mascarilla hasta que hayas empezado la prueba.

### 5. AVITUALLAMIENTOS

- ❖ Es obligatorio ponerse la mascarilla y mantener la distancia de seguridad al bajarte de la bici.
- ❖ Pide la comida que necesites, evita tocar los espacios comunes.

# CUESTIONARIO COVID IV CICLOTURISTA LA RIOJA



## Documento Informativo sobre la prevención de contagio por COVID19

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

**¿Durante la última semana (27 junio a 2 julio) has presentado alguno de estos síntomas?**

¿Has tenido contacto directo con algún paciente positivo confirmado con COVID-19? SI  NO

¿Tienes o has tenido fiebre superior a 38° C? SI  NO

¿Tienes o has tenido dolor de pecho? SI  NO

¿Tienes o has tenido sensación de falta de aire? SI  NO

¿Tienes o has tenido tos seca y persistente? SI  NO

¿Tienes o has tenido catarro nasal? SI  NO

¿Tienes o has tenido dolor muscular? SI  NO

¿Tienes o has tenido dolor de garganta? SI  NO

¿Tienes o has tenido diarrea o malestar estomacal? SI  NO

¿Has tenido algún otro síntoma que tengas que referir? SI  NO

¿Has pasado la enfermedad del Covid19? SI  NO

¿Cuándo?(en caso afirmativo en la pregunta anterior): \_\_\_\_\_

Fecha y Firma.