



“Et portem a **explorar i descobrir**
els indrets més amagats i autèntics”

Guies de la Garrotxa
Assessorament i gestió

“La meva **cuina**
a casa teva”

Tallers gastronòmics
xef a domicili



PLA DE CONTINGÈNCIA COVID-19

DECLARACIÓ RESPONSABLE CLIENT I FORMULARI DE TRAÇABILITAT DE CONTACTE

Per evitar la propagació de la COVID-19, i reduir el risc d'exposició entre el nostres treballadors i clients, estem realitzant un senzill qüestionari de cribratge. La seva participació és important per ajudar-nos a prendre mesures de precaució per a protegir-lo a vostè i a la resta de persones d'aquest servei. Gràcies pel seu temps.

DECLARACIÓ RESPONSABLE

Els sotasignants, pel fet d'inscriure's a una activitat, assumeixen que per les característiques de la pròpia activitat no poden estar exemptes de cert risc. De la mateixa manera, declaren trobar-se en condicions de salut necessàries per realitzar l'activitat, no estant sota l'efecte de substàncies relaxants, excitants, o al·lucinògens durant l'activitat.

Declaren haver rebut informació i indicacions sobre les mesures de prevenció i contenció del COVID-19 i no tenir-ne símptomes (febre igual o superior a 37,5°C, tos seca, dolor corporal, mal de cap, mal de gola, congestió nasal, cansament, falta d'aire, diarrea, o similars) o sospites de patir-lo. Així mateix, declaren no haver estat en contacte amb algun cas confirmat de COVID-19 en els darrers 14 dies abans de la realització de l'activitat.*

Declaren que coneixen les característiques i riscos de l'activitat a realitzar, i que coneix i accepta expressament les mesures i condicions de seguretat sanitària que aplica el servei, amb les limitacions d'ús o serveis habituals que pugui suposar, així com declara havent tingut accés al protocol d'actuació amb informació i indicacions sobre mesures de prevenció i contenció del servei. En tot cas, coneixen i assumeixen voluntàriament el risc de contagi de la COVID-19 que suposa fer qualsevol activitat de grup.**

Declaren que el grup és inferior o igual a vint persones per guia, i en cas de superar aquest nombre declara que es tracta de “convivents” d'una mateixa unitat de confinament. Així mateix, declara que la residència de tots els membres del grup és a la mateixa àrea sanitària que el servei o en territoris que hagin superat la fase 3.**

En cas de ser menors, els pares/mares/tutors sotasignants declaren ser responsables dels mateixos i ser coneixedors dels riscos i particularitats de l'activitat contractada, així com de la resta d'indicacions del present document.

*En cas de presentar símptomes o haver estat en contacte amb algun cas confirmat de COVID-19 dins del període sanitari de quarantena, es recomana aïllament i sol·licitar atenció mèdica immediata trucant al 061. Si es detecta durant l'esdeveniment o activitat s'ha d'avisar a l'organitzador.

**En cas de no acceptar les condicions del servei, superar el límit permès de persones reunides que afecta la destinació, o pertànyer a diferent àrea sanitària que no hagi superat la fase 3, el servei no es pot confirmar.



OMPLIR AMB MAJÚSCULES, AMB LLETRA CLARA I ENTENEDORA

NOM I COGNOMS	DOCUMENT D'IDENTITAT, PASSAPORT O PERMÍS DE RESIDÈNCIA	DATA DE NAIXAMENT	PAÍS (quan la nacionalitat és diferent de l'espanyola)	GRUP DE RISC COVID-19 (majors de 65 anys, amb malalties prèvies de caràcter greu, malalties pulmonars o asma greu, amb tractament amb immunodepressors, amb obesitat severa, amb diabetis, amb malalties de fetge o ronyons)	CONTACTE (telèfon i correu electrònic: mínim un per grup familiar)	SIGNATURA
1				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
2				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
3				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
4				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
5				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
6				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
7				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
8				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
9				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
10				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

OMPLIR AMB MAJÚSCULES, AMB LLETRA CLARA I ENTENEDORA

NOM I COGNOMS	DOCUMENT D'IDENTITAT, PASSAPORT O PERMÍS DE RESIDÈNCIA	DATA DE NAIXAMENT	PAÍS (quan la nacionalitat és diferent de l'espanyola)	GRUP DE RISC COVID-19 (majors de 65 anys, amb malalties prèvies de caràcter greu, malalties pulmonars o asma greu, amb tractament amb immunodepressors, amb obesitat severa, amb diabetis, amb malalties de fetge o ronyons)	CONTACTE (telèfon i correu electrònic: mínim un per grup familiar)	SIGNATURA
11				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
12				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
13				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
14				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
15				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
16				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
17				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
18				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
19				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
20				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

SI HI HA MÉS PARTICIPANTS, OMLIR UNA NOVA FULLA