



# COCEMFE

Confederación Española de Personas  
con Discapacidad Física y Orgánica

c/ Luis Cabrera, 63, 28002 Madrid  
+34 91 413 80 01

turismoinclusivo@cocemfe.es - www.cocemfe.es



## PROTOCOLO COVID

D./Dña. \_\_\_\_\_, mayor de edad, con DNI \_\_\_\_\_, habiendo sido seleccionado/a para participar en el Programa de Vacaciones de COCEMFE para el Turno \_\_\_\_\_ con destino a \_\_\_\_\_, y fecha del \_\_\_\_\_, declara mediante el presente documento que:

1. Junto a los riesgos para mi salud que comporta la actual situación de pandemia. Manifiesto no estar en aislamiento domiciliario debido a un diagnóstico por COVID-19, ni en periodo de cuarentena domiciliar por haber tenido contacto estrecho con alguna persona con síntomas o diagnosticada de COVID-19. Manifiesto no tener sintomatologías tales como tos, fiebre, alteraciones del sabor ni olfato.
2. He sido informado/a y advertido/a sobre los riesgos que podría sufrir si contraigo la enfermedad COVID-19, así como las consecuencias y posibles secuelas que podría comportar no solo para mi salud, sino también para la de las demás personas.
3. Conozco la situación de pandemia provocada por el COVID-19 y, específicamente, la situación del destino, las condiciones del mismo y las limitaciones a la movilidad que las autoridades competentes hayan establecido.
4. Asumo toda la responsabilidad de mi desplazamiento en la situación de pandemia actual, así como todas las eventualidades que puedan producirse, tales como la limitación de desplazamiento, la obligatoriedad o imposibilidad de retorno a su destino, el confinamiento, la suspensión de las actividades turísticas, del viaje en sí, etc.
5. Me comprometo a seguir las directrices de los/as responsables de COCEMFE y de las autoridades sanitarias, que conozco debidamente. Entiendo el riesgo y la posibilidad de infección por COVID-19, y soy consciente de las medidas que debo adoptar para reducir la probabilidad de contagio: distancia física, mascarilla obligatoria, lavado de manos frecuente, etc. Finalmente, haciendo uso de los derechos garantizados por la ley, declaro mi intención de realizar dicho viaje, asumiendo personal e individualmente todas las consecuencias y responsabilidades.
6. No he tenido contacto estrecho con personas afectadas, síntomas de enfermedad del coronavirus, durante los 14 días antes de la salida del turno (incluido el día de salida) del turno.
7. Llevaré y usaré, mascarilla, gel hidroalcohólico, durante el viaje y la duración del mismo.
8. Avisaré a COCEMFE durante los 14 días posteriores al viaje si presento síntomas del coronavirus.
9. Eximo a COCEMFE de responsabilidad por cualquier eventualidad que se produzca durante mi estancia en el viaje, así como por la imposibilidad de que esta se lleve a cabo. Asimismo, eximo a COCEMFE de cualquier responsabilidad en los gastos que estas eventualidades puedan acarrear; todo ello sin perjuicio de que COCEMFE se interese y emplee sus mejores esfuerzos en facilitar el bienestar de las personas usuarias de dicho turno.
10. He informado del contenido de la presente declaración a las personas de contacto o familiares que, eventualmente, puedan encargarse de cualquier gestión a realizar de producirse alguna contingencia durante la estancia.

Mi número de teléfono directo: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de una tercera persona a quien poder contactar en caso de necesidad urgente de comunicación: \_\_\_\_\_

Y, para que conste, firmo esta declaración en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ 2023.

Fdo.