

## **FEDERAÇÃO DE REMO DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Declarado de Utilidade Pública através da Lei Estadual nº 5.797/1980

### **TERMO DE RESPONSABILIDADE**

#### **TERMO DE RESPONSABILIDADE, ASSUMINDO RISCOS E DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO NO EVENTO CAMPEONATO CATARINENSE DE REMO 2022 EM RAZÃO DA PANDEMIA COVID-19.**

A Federação de Remo de Santa Catarina, entidade sem fins lucrativos, registrada sob nº CNPJ 75.379.644/0001-31, estabelecida no Parque Náutico Walter Lang, entidade oficial responsável pelo remo no estado de Santa Catarina, cumprindo com todas as determinações das autoridades sanitárias, de conformidade com os poderes públicos municipal e estadual, com o fim de possibilitar a execução dos protocolos sanitários, apresenta este termo de responsabilidade.

**NOME DO PARTICIPANTE:**

**CLUBE DO PARTICIPANTE:**

**ENDEREÇO:**

**CPF:**

**CONTATO:**

Por ocasião de minha participação nos eventos esportivos da Federação de Remo de Santa Catarina, DECLARO que estou apto a participar dos eventos mencionados acima, onde sou inteiramente responsável pela minha integridade física no que diz respeito à minha aptidão física e de saúde para a prática de esportes, isentando os organizadores, entidades patrocinadoras e demais membros dos eventos de toda e qualquer responsabilidade por incidentes que venham a ocorrer causados por doenças crônicas dentro das atividades dos eventos.

Declaro ainda compreender que as modalidades esportivas em disputa nestes eventos são esportes que impõem eventual contato físico, e que, por isso, há risco de acidentes e mesmo contaminação pelo vírus causador da COVID-19.

Por fim, declaro estar ciente de que se houver algum impedimento médico ou físico para a participação da competição, deverei levar tal fato ao conhecimento dos organizadores, se abstendo da participação nos eventos esportivos em questão.

DECLARO, nas formas da lei, que as informações acima correspondem à verdade, e estou ciente que posso colocar em risco a saúde de outras pessoas, caso omita minhas reais condições de saúde, e que estou de acordo com os protocolos estabelecidos.

Data do preenchimento:

Assinatura: