ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

ΑΠΟΠΟΙΗΣΗ ΕΥΘΥΝΗΣ & ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Απαραίτητη για τη συμμετοχή στον αγώνα
ΑΥΘΕΝΤΙΚΟΣ ΦΕΙΔΙΠΠΙΔΕΙΟΣ ΔΡΟΜΟΣ 490 - 525 χλμ.

Α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ονοματεπώνυμο: _____

Α.Δ.Τ. / Αρ. Διαβατηρίου: _____ Εθνικότητα: _____

Ημερομηνία Γέννησης: ____ / ____ / _____

Β. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ & ΕΚΤΑΚΤΗ ΑΝΑΓΚΗ

Πρόσωπο Επικοινωνίας (σε περίπτωση ανάγκης): _____

Τηλέφωνο Προσώπου Επικοινωνίας: _____

Ομάδα Αίματος: _____

Αλλεργίες (Τρόφιμα / Φάρμακα / Τσιμπήματα): _____

_____

Χρόνιες Παθήσεις / Φαρμακευτική Αγωγή: _____

_____

Έχετε υποβληθεί σε καρδιολογικό έλεγχο το τελευταίο έτος; ΝΑΙ ☐ / ΟΧΙ ☐

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ / ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ:

Ονοματεπώνυμο Ιατρού: _____

Ειδικότητα: _____

Τηλέφωνο (Κινητό / Ιατρείο): _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ & ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΙΑΤΡΟΥ

_____

Γ. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ

Ο/Η υπογεγραμμένος/η δηλώνω υπεύθυνα ότι:

1) **Υγεία:** Είμαι απολύτως υγιής και η κατάσταση της υγείας μου επιτρέπει να συμμετέχω σε αγώνες υπεραποστάσεων με έντονη σωματική καταπόνηση.

2) **Επίγνωση Κινδύνου:** Κατανοώ πλήρως τη φύση και τις δυσκολίες της διαδρομής των 490 - 525 χλμ. και αναλαμβάνω πλήρως και αποκλειστικά την ευθύνη για τη συμμετοχή μου.

3) **Αποποίηση Ευθύνης:** Απαλλάσσω τον Α.Π.Σ. «ΑΥΘΕΝΤΙΚΟΣ ΦΕΙΔΙΠΠΙΔΕΙΟΣ ΔΡΟΜΟΣ», τα μέλη του Δ.Σ., τους χορηγούς και τους εθελοντές από κάθε ευθύνη για τυχόν τραυματισμό, απώλεια ζωής ή υλική ζημιά κατά τη διάρκεια ή εξαιτίας του αγώνα.

4) **Ιατρική Παρέμβαση:** Σε περίπτωση ανάγκης, παρέχω τη συγκατάθεσή μου στο ιατρικό προσωπικό της διοργάνωσης να προβεί στις απαραίτητες ενέργειες για την προστασία της υγείας μου.

5) **Προσωπικά Δεδομένα & Προβολή:** Δηλώνω ότι παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των ιατρικών μου δεδομένων από την οργανωτική επιτροπή και το ιατρικό προσωπικό του αγώνα, αποκλειστικά για σκοπούς παροχής ιατρικής φροντίδας και προστασίας της υγείας μου κατά τη διάρκεια της διοργάνωσης. Επιτρέπω τη χρήση του φωτογραφικού και βιντεοληπτικού υλικού μου, για την προβολή του Συλλόγου και των δράσεών του.

6) **Κανόνες Ασφαλείας:** Δεσμεύομαι να ακολουθώ τις οδηγίες των υπευθύνων της διαδρομής και να τηρώ απαρέγκλιτα τους κανόνες ασφάλειας.

Δ. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η διοργάνωση δεσμεύεται για την προστασία των προσωπικών σας δεδομένων σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 (GDPR). Τα ιατρικά δεδομένα που δηλώνετε (Ενότητα Β) θεωρούνται εμπιστευτικά, καλύπτονται από το ιατρικό απόρρητο και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά από το ιατρικό προσωπικό της διοργάνωσης για την παροχή βοήθειας σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Τα δεδομένα αυτά δεν θα διαβιβαστούν σε τρίτους (πλην ΕΚΑΒ/Νοσοκομείου αν απαιτηθεί) και θα καταστραφούν με την ολοκλήρωση του αγώνα.

Ημερομηνία: ____ / ____ / _____

Ο/Η Δηλών/ούσα (Υπογραφή):

_____