

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

# IBU ДЕКЛАРАЦИЯ ПО ОБЯЗАТЕЛЬСТВАМ ДЛЯ УЧАСТНИКОВ МЕРОПРИЯТИЙ

Я, нижеподписавшийся участник,

ФАМИЛИЯ	ИМЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	СТРАНА / КОМПАНИЯ
АДРЕС (УЛИЦА, НОМЕР ДОМА)	ИНДЕКС, ГОРОД	СТРАНА	
EMAIL	ТЕЛЕФОН		

Настоящим даю свое согласие принимать и следовать РУКОВОДСТВУ IBU ПО ПРОВЕДЕНИЮ МЕРОПРИЯТИЙ COVID-19, и/или другим более строгим национальным правилам COVID-19 стран, принимающих мероприятия IBU в течение сезона 2021-2022, и связанную с ними политику, особенно:

- 1. Политике оповещения** (о положительном результате теста на COVID-19 требуется **НЕМЕДЛЕННО** сообщить назначенным контактным лицам по COVID-19 в IBU и ОК);
- 2. Требованиям к поведению и гигиене;**
- 3. Процедуре тестирования на COVID-19**

Я, нижеподписавшийся, заявляю, что получил вышеназванные руководства, приложения и указания. Получать информацию по любым поправкам в данном Руководстве и указаниях - моя личная ответственность.

Я, нижеподписавшийся, также заявляю, что предоставил действующие документы, удостоверяющие личность, чтобы подтвердить мои тесты. Подписав этот документ, я, нижеподписавшийся, имею право участвовать во всех мероприятиях IBU, пока необходимые результаты тестов являются отрицательными (Приложение 7). В случае положительного результата теста на COVID-19 я не имею право появляться в месте проведения мероприятия, пока не получу разрешение от IBU согласно тестовому протоколу (Приложение 7). Я, нижеподписавшийся, согласен с тем, что мой статус вакцинации и связанные с ним документы будут храниться в электронном виде (Membercenter) до сентября 2022 года, и что мой статус вакцинации будет отображаться на аккредитации для облегчения доступа к месту проведения мероприятия.

В случае намеренного нарушения установленных обязательств я буду немедленно отлучен от мероприятий IBU. Кроме того, мне известно, что такое поведение может привести к юридическим и/или финансовым последствиям. Подписывая этот документ, я даю согласие на то, чтобы мои личные данные хранились до 31.03. 2022 года и по требованию предоставлялись органам здравоохранения.

Данная декларация будет действительна, пока не будет отозвана нижеподписавшимся.

МЕСТО	ДАТА	ПОДПИСЬ