### **ESTABLECIMIENTOS DE RESTAURACIÓN**

|  |
| --- |
| Nombre Comercial |
| Dirección  | Localidad | Municipio  |
| Provincia |  |  |

### .

### D./ Dña , con DNI/ NIE y con domicilio en

 en representación de con el fin de obtener el SELLO TURISMO DE CONFIANZA para el establecimiento indicado **DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD**, que:

1. Asume un compromiso firme en la implementación sistemática de medidas para gestión del riesgo del COVID-19

2. La gestión del riesgo forma parte de todos los procesos, estando coordinados entre sí

3. Existe un Grupo de trabajo para definir estrategias y tomar decisiones para minimizar los riesgos higiénico-sanitarios por COVID-19, el cual está formado por (indique nombre, apellidos y puesto)

4. Cuenta con una evaluación de riesgos realizada por Usted, sus trabajadores, un servicio de prevención propio o un servicio de prevención ajeno.

5. Dispone de un Plan de Contingencia

6. Se ha recibido formación relativa a los riesgos higiénico-sanitarios por COVID-19 y las medidas necesarias para minimizarla

7. Cuenta con los recursos necesarios de acuerdo a su evaluación de riesgos y el plan de contingencia diseñado

8. Dispone de un Plan de Limpieza y Desinfección

9. Se encuentra inscrito en el Registro de Turismo de Castilla y León