FORMULARIO DE LOCALIZACIÓN PERSONAL

Nombre tal como aparecen en DNI o en el Pasaporte u otro documento de identidad válido:

Dirección durante la competición (calle/apartamento/ciudad/número postal/país):

Número de teléfono:

Correo electrónico:

Países/CCAA que visitaste o donde estuviste en los últimos 7 días:

Responder a las preguntas siguientes en relación con los últimos 14 días:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Preguntas | SI | NO |
| 1 | ¿Tuvo contacto cercano con alguien diagnosticado con la enfermedad COVID-19? |  |  |
| 2 | ¿Proporcionó atención directa a pacientes de COVID-19? |  |  |
| 3 | ¿Visitó o permaneció en un ambiente cerrado con algún paciente con la enfermedad COVID-19? |  |  |
| 4 | ¿Trabajó/estudió de forma cercana o compartiendo el mismo ambiente laboral o de clase con pacientes de COVID-19? |  |  |
| 5 | ¿Ha viajado con un paciente COVID-19 en cualquier medio de transporte? |  |  |
| 6 | ¿Ha vivido en la misma casa que un paciente COVID-19? |  |  |

Esta información se podrá compartir con las autoridades locales de Salud Pública para permitir un rápido rastreo de contactos si un participante en el evento sufre la enfermedad COVID-19 o llegó en contacto con un caso confirmado.

Fdo. El Deportista o Tutor

En …………………………………………………….………. a ……………………de ……………………………………………2021