

9. FORMULARIO DE LOCALIZACIÓN PERSONAL (FLP)*:

A ser completado por todos los participantes en el evento.

Nombre tal como aparecen en el Pasaporte u otro Documento de Identidad:

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

Número de teléfono:

Correo electrónico:

Ciudades (País/es) que visitaste o donde estuviste en los últimos 14 días:

En los últimos 14 días:

| Nº | 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? | | |

En el caso de responder «sí» a uno o más apartados, por favor detalle datos sobre el lugar y el momento del contacto:

| Nº | Lugar | Descripción |
|----|-------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

* La persona que firma el cuestionario da su autorización a la organización para facilitar la información contenida en el mismo a 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 de 20