|  |
| --- |
| **ANEXO VI****FORMULARIO DE LOCALIZACIÓN PERSONAL (FLP)**(Debe completarse por todos los participantes) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre completo1** |  |
| **DNI** |  |
| **Dirección**  |  |
| **Correo Electrónico** |  |
| **Teléfono** |  |
| **PAISES/CCAA visitadas en los últimos 14 días** |  |

*1 = Debe reflejarse el nombre tal y como aparece en el DNI o Pasaporte.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **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.

En ............................... a ................ de .......................... de 20...........

**Fdo. El/La DEPORTISTA Padre/madre/Tutor-a/Reptante. Legal**

 (para menores de edad)