



## ANEXO 1

### FORMULARIO DE LOCALIZACIÓN PERSONAL (FLP)

A ser completado por todos los participantes del 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: \_\_\_\_\_

Países/CCAA que visitaste o donde estuviste en los últimos 1 días

\_\_\_\_\_

**En los últimos 14 días...**

Señalar con	X
Participante	<input type="checkbox"/>
Acompañante	<input type="checkbox"/>
Propietario/a	<input type="checkbox"/>
Mozo/a	<input type="checkbox"/>
Jurado	<input type="checkbox"/>
Sanitarios	<input type="checkbox"/>
Prensa	<input type="checkbox"/>
Restauración	<input type="checkbox"/>
Organización	<input type="checkbox"/>

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

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, RESTO .....**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20