



**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 14 DÍAS

ASISTE EN CALIDAD DE (DEPORTISTA, TÉCNICO, DELEGADO, ÁRBITRO, TRABAJADOR1, ETC.):

EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS... Dibujar un círculo sobre el *sí* o *no*

1 ¿TUVO CONTACTO CERCANO CON ALGUIEN DIAGNOSTICADO CON LA ENFERMEDAD COVID- 19.

SÍ NO

2 ¿PROPORCIONÓ ATENCIÓN DIRECTA A PACIENTES DE COVID- 19?

SÍ NO

3 ¿VISITÓ O PERMANECIÓ EN UN AMBIENTE CERRADO CON ALGÚN PACIENTE CON LA ENFERMEDAD COVID-19?

SÍ NO

4 ¿TRABAJÓ/ESTUDIÓ DE FORMA CERCANA O COMPARTIENDO EL MISMO AMBIENTE LABORAL O DE CLASE CON PACIENTES DE COVID- 19.

SÍ NO

5 ¿HA VIAJADO CON UN PACIENTE COVID- 19 EN CUALQUIER MEDIO DE TRANSPORTE?

SÍ NO

6 ¿HA VIVIDO EN LA MISMA CASA QUE UN PACIENTE COVID- 19?

SÍ NO

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 20 ____

FDO. _____ (EN CASO DE MENORES FIRMA DEL TUTOR)

1 indicar la función a desempeñar (logística, deportista, gestión de resultados, consigna, números, etc.)
