

PROTOCOLO COVID-19

INFORMACIÓN JUGADORES



| | |
|--------------------------------------|--|
| Nombre y Apellidos | |
| Dirección durante competición | |
| Número de Teléfono | |
| Correo Electrónico | |
| Países visitados los últimos 14 días | |

| En los últimos 14 días | | SI | NO |
|------------------------|--|----|----|
| 1 | ¿Tuvo contacto 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 algún paciente con la enfermedad COVID – 19? | | |
| 5 | ¿Ha viajado con algún paciente con la enfermedad COVID – 19 en cualquier medio de transporte? | | |
| 6 | ¿Ha vivido en la misma casa con algún paciente con la enfermedad COVID – 19? | | |

Le informamos que los datos facilitados serán tratados por la FGPA con la única finalidad de dar cumplimiento a su obligación en materia de protección y prevención de la salud pública en relación con el COVID-19. Dicha información será almacenada por un plazo de quince días. Si desea información ampliada en materia de protección de datos, visite nuestra política de privacidad.

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.

Mediante la firma del presente documento, al abajo firmante afirma haber leído, entendido y acepta lo establecido en el Protocolo relativo a la protección de la salud en relación con el COVID-19 de la FGPA.

Fdo: EL DEPORTISTA o TUTOR

En _____, a ____ de _____ de 20 ____