



Ημερομηνία:	
-------------	--

Κατάλογος εισερχομένων-εξερχομένων στην αθλητική εγκατάσταση για ενδεχόμενο ιχνηλάτησης επαφών λόγω COVID-19

#	Όνοματεπώνυμο	Ιδιότητα	e-mail	Κινητό τηλ.	Ημερομηνία τεστ COVID*	Συμπτώματα**	Ώρα εισόδου	Υπογραφή***	Ώρα εξόδου
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
0									

\* Αναγράφεται η ημερομηνία του test COVID-19 που έχει κάνει μέσα στην τελευταία εβδομάδα ο εισερχόμενος, για όσους και για όπου είναι υποχρεωτικό

\*\* Προσδιορίστε αν έχετε κάποιο σύμπτωμα από τα επόμενα: Πυρετός, Βήχας, Δύσπνοια, Πονόλαιμος, Κόπωση/Μυαλγία, Διάρροια, Ανοσμία με ένα "ΝΑΙ", αλλιώς σημειώστε "ΟΧΙ"

\*\*\* Η υπογραφή βεβαιώνει ότι τα στοιχεία είναι αληθή και υποδηλώνει την αποδοχή και τήρηση των όρων χρήσης της εγκατάστασης όπως έχουν τεθεί από την Πολιτεία

Το παρόν τηρείται και φυλάσσεται στην αθλητική εγκατάσταση για 14 ημέρες, αποκλειστικά και μόνο για λόγους ιχνηλάτησης των χρηστών της εγκατάστασης σε περίπτωση θετικού κρούσματος COVID-19.