

Ημερομηνία:

ΣΩΜΑΤΕΙΟ: \_\_\_\_\_

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

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

\* 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 και τους αρμόδιους φορείς για την τρέχουσα περίοδο