

FORMULARIO DE LOCALIZACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDOS

(Tal como aparece en DNI o en el pasaporte u otro documento de identidad válido):

DIRECCIÓN DURANTE LA COMPETICIÓN

Calle y nº _____ Ciudad _____ C.P. _____

Nº DE TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

PAÍSES/CCAA que visitaste o donde estuviste en los últimos 7 días:

Responder a las preguntas siguientes en relación con los últimos 14 días:

	PREGUNTAS	SI	NO
1	¿Tuvo contacto cercano 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 pacientes de COVID-19?		
5	¿Ha viajado con un paciente COVID-19 en cualquier medio de transporte?		
6	¿Ha vivido en la misma casa que un paciente COVID-19?		

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.

Por medio de la firma del presente autorizo al registro de temperatura corporal, adecuado al fin expreso de las medidas de prevención COVID-19 para las actividades del organizador.

Consiento la inclusión de mis datos en el Registro del Responsable, para el contacto, rastreo y seguimiento de casos positivos o sospechosos de Covid-19, en su caso.

De conformidad con lo establecido en el REGLAMENTO (UE) 679/16 relativo a la Protección de Datos Personales, le informamos que los datos aquí recogidos serán objeto de tratamiento en los ficheros responsabilidad del CLUB DEPORTIVO FÚTBOL SALA CIUDAD DEL VINO con la única finalidad de facilitar el rastreo y seguimiento de contactos de casos positivos o sospechosos de Covid-19 y siguiendo las directrices que nos obliga la Consejería de Sanidad mediante la normativa oportuna. Asimismo, le informamos que hemos habilitado un registro con los datos de contacto de todos nuestros ATLETAS Y/O USUARIOS limitándose el plazo de Conservación de los mismos a 1 (un) mes desde el acceso, transcurrido el cual deberá procederse a su supresión con base en el artículo 9 2.1 del Reglamento (UE) 2026/679. El registro se encontrará única y exclusivamente a disposición de la Dirección General de Salud Pública

En Valdepeñas, a ___ de _____ de 202__.

Fdo.: _____