Ημερομηνία Συμπλήρωσης (Έτος/Μήνας/Ημέρα)

2 0

Έντυπο Δημόσιας Υγείας Εντοπισμού Επιβατών/Πληρωμάτων: Για την προστασία της υγείας σας, οι επαγγελματίες δημόσιας υγείας θα σας ζητήσουν να συμπληρώσετε το παρόν έντυπο κάθε φορά που υπάρχει πιθανό περιστατικό μεταδοτικού νοσήματος επί του πλοίου. Οι πληροφορίες αυτές θα βοηθήσουν τους επαγγελματίες δημόσιας υγείας να επικοινωνήσουν μαζί σας σε περίπτωση που έχετε εκτεθεί σε κάποιο μεταδιδόμενο νόσημα. Είναι σημαντικό να συμπληρώσετε όλα τα πεδία της φόρμας με ακρίβεια. Οι πληροφορίες και τα στοιχεία σας θα αποθηκευτούν με βάση τη ισχύουσα νομοθεσία και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για λόγους δημόσιας υγείας. ***Σας ευχαριστούμε για τη βοήθεια σας στο να προστατεύουμε την υγεία σας.***

Να συμπληρωθεί από κάθε ενήλικο μέλος οικογένειας και κάθε μέλος του πληρώματος. Παρακαλώ συμπληρώστε με ΚΕΦΑΛΑΙΑ γράμματα.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΚΡΟΥΑΖΙΕΡΑΣ: 1. ΟΝΟΜΑ ΕΤΑΙΡΙΑΣ & 2. ΟΝΟΜΑ ΠΛΟΙΟΥ | 3.ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΗΣ/ΚΑΜΠΙΝΑΣ | 4. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟΒΙΒΑΣΗΣ 2 0

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ: 5. Επίθετο | 6. Όνομα | 7. Αρχικό 2ου ονόματος | 8. Φύλο Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ όπου μπορούμε να σας βρούμε αν χρειαστεί. Συμπεριλάβετε τον κωδικό χώρας και πόλης.

9. Κινητό | 10. Εργασίας

11. Σπιτιού | 12. Άλλα

13. Email

ΜΟΝΙΜΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : 14. Αριθμός και Οδός *(Αφήστε κενό ανάμεσα στον αριθμό και την οδό)* | 15. Αριθμός Διαμερίσματος

16. Πόλη | 17. Περιφέρεια

18. Χώρα | 19. Ταχυδρομικός Κώδικας

ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Αν στις επόμενες 14 μέρες δεν θα μένετε στη μόνιμη κατοικία σας που αναγράφεται παραπάνω, συμπληρώστε που θα μένετε

20. Όνομα ξενοδοχείου (εάν υπάρχει) | 21. Αριθμός και Οδός *(Αφήστε κενό ανάμεσα στον αριθμό και την οδό)* | 22. Αριθμός Διαμερίσματος

23. Πόλη | 24. Περιφέρεια

25. Χώρα | 26. Ταχυδρομικός Κώδικας

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ από κάποιον ο οποίος θα μπορεί να επικοινωνήσει μαζί σας τις επόμενες 30 ημέρες.

27. Επίθετο | 28. Όνομα | 29. Πόλη

30. Χώρα | 31. Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο (email)

32. Κινητό τηλέφωνο | 33. Άλλο τηλέφωνο

34. ΤΑΞΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΣΥΝΟΔΟΣ – ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ: Συμπεριλάβετε την ηλικία μόνο για άτομα κάτω των 18 ετών.

	Επίθετο	Όνομα	Αριθμός θέσεις/Καμπίνας	Ηλικία <18
(1)				
(2)				
(3)				
(4)				

35. ΤΑΞΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΣΥΝΟΔΟΣ –ΜΗ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ: Συμπεριλάβετε το όνομα ομάδας (εάν υπάρχει)

	Επίθετο	Όνομα	Ομάδα *(ταξιδιωτική, αθλητική, εργασίας)*
(1)			
(2)			