

## Με αγάπη για τον αθλητισμό/ψυχαγωγία και υπευθυνότητα,

(συμπληρώνεται από κάθε αθλητή που θα λάβει μέρος σε οποιαδήποτε δραστηριότητα)

Όνομα (συμμετέχοντα):

Επώνυμο:

Όνομα Πατρός:

Ημερομηνία:

Τηλέφωνο επικοινωνίας (για τις επόμενες 14 ημέρες):

e-mail επικοινωνίας:

### ..δηλώνω ότι:

- πρόκειται να εφαρμόσω απαρέγκλιτα, με πειθαρχία και προσήλωση, όλα τα μέτρα ασφάλειας και υγείας που έχει σχεδιάσει ο διοργανωτής, ως όρους συμμετοχής μου στο event και ως ελάχιστη ένδειξη σεβασμού στη διοργάνωση, τους συντελεστές αυτής, το συναθλητή μου και την πόλη που με φιλοξενεί.

### Τις τελευταίες 14 ημέρες:

- |                                                                                                                                                                                                  |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Έχετε τώρα ή είχατε παρουσιάσει ξαφνικά συμπτώματα βήχα ή πυρετό ή δύσπνοια ή αιφνίδια εκδήλωση ανοσμίας, αγγεισίας ή δυσγευσίας                                                              | NAI                      | OXI                      |
|                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Είχατε στενή επαφή με κάποιον ο οποίος είχε διαγνωστεί με λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό (COVID-19)                                                                                             | NAI                      | OXI                      |
|                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Είχατε προσφέρει άμεση φροντίδα σε κάποιον ο οποίος είχε διαγνωστεί με λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό (COVID-19) ή εργαστήκατε με υγειονομικούς υπαλλήλους οι οποίοι επιμολύνθηκαν με COVID-19; | NAI                      | OXI                      |
|                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Είχατε επισκεφτεί ή βρεθήκατε σε κοντινή απόσταση με κάποιον ο οποίος είχε διαγνωστεί με λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό (COVID-19);                                                             | NAI                      | OXI                      |
|                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Είχατε εργαστεί σε κοντινή απόσταση ή μοιραστήκατε το ίδιο περιβάλλον με κάποιον ο οποίος είχε διαγνωστεί με λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό (COVID-19);                                         | NAI                      | OXI                      |
|                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Είχατε ταξιδέψει με ασθενή από COVID-19 σε οποιοδήποτε μέσο μεταφοράς;                                                                                                                        | NAI                      | OXI                      |
|                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Είχατε μείνει στην ίδια οικία με ασθενή με λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό (COVID-19);                                                                                                           | NAI                      | OXI                      |
|                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΛΕΓΧΩΝ ΚΑΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ

8. Έχετε κάνει τις τελευταίες 72 ώρες μοριακό εργαστηριακό έλεγχο (PCR) για COVID-19;  
 ΟΧΙ  ΑΝΑΜΕΝΕΤΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ  ΘΕΤΙΚΟ<sup>1</sup>  ΑΡΝΗΤΙΚΟ
9. Έχετε κάνει αυτή ή την προηγούμενη μέρα έλεγχο για COVID-19 με ταχύ αντιγονικό τεστ (rapid test) ή αυτοδιαγνωστικό έλεγχο (self test);  
 ΟΧΙ  ΑΝΑΜΕΝΕΤΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ  ΘΕΤΙΚΟ<sup>1</sup>  ΑΡΝΗΤΙΚΟ
10. Έχετε εμβολιαστεί με όλες τις απαραίτητες δόσεις για τον COVID-19;  
NAI OXI

1. Μόνο αν έχει απαντηθεί θετικά απαγορεύεται πρόσβαση στον αθλητικό χώρο

### Ενημέρωση για Δεδομένα Προσωπικού Χαρακτήρα:

Η λήψη και διατήρηση των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα πραγματοποιείται για λόγους δημόσιου συμφέροντος για την προστασία της δημόσιας υγείας και την αντιμετώπιση των συνεπειών του κορωνοϊού COVID-19 και διέπεται από τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων και του ν. 4624/2019 (ΦΕΚ 137/Α'/2019). Με την υπογραφή μου συναινώ στην διατήρηση και αξιοποίηση των στοιχείων μου για τους σκοπούς αυτούς καθώς και ενημέρωσή μου στην περίπτωση που κριθεί απαραίτητο.

Υπεύθυνος διαχείρισης είναι ο Κωνσταντίνος Μητρόπαπας με στοιχεία επικοινωνίας τηλέφωνο 6944 454 371 και email: [constantinos.mitropapas@diaplous-ssda.gr](mailto:constantinos.mitropapas@diaplous-ssda.gr) όπου δύνασθε να απευθύνεστε για την άσκηση των δικαιωμάτων σας (δικαίωμα ενημέρωσης, πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής -μετά την παρέλευση δύο μηνών-, περιορισμού της διαχείρισης).

Η χρήση προστατευτικής μάσκας κατά την παραμονή σας στον αθλητικό χώρο είναι υποχρεωτική εκτός από την ώρα που αγωνίζεσθε.

Υπογραφή