



YECLANO DEPORTIVO

Fecha:	/ /
NOMBRE Y APELLIDOS	
DNI	
MOVIL	
MAIL	

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

Pregunta	SI	NO
¿Ha sido diagnosticado con la enfermedad COVID-19?		
¿Ha tenido contacto cercano con alguien diagnosticado con el COVID-19?		
Países o CCAA visitadas:		

Esta información se podrá compartir con las autoridades locales de Salud Pública para permitir un rápido rastreo de contactos.

Firma: