

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΟΛΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΘΑ
ΕΠΙΒΙΒΑΣΤΟΥΝ ΣΤΟ ΠΛΟΙΟ
(ΕΝΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΝΑ ΑΤΟΜΟ)
(Rev. 6, 01.06.21)



Ημερομηνία: _____

Πλοίο: _____ Αρ. Καμπίνας: _____

Όνοματεπώνυμο: _____

Ανήλικα άτομα που ταξιδεύουν μαζί σας:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Για να μας βοηθήσετε να διαφυλάξουμε την υγεία και την ασφάλεια των επιβατών και του πληρώματος κατά τη διάρκεια της κρουαζιέρας σας, σας παρακαλούμε να απαντήσετε στις παρακάτω ερωτήσεις:

1. Έχετε εμβολιαστεί πλήρως με τις απαραίτητες δόσεις ενάντια στην COVID-19, 14 ημέρες τουλάχιστον πριν την επιβίβαση σας στο κρουαζιερόπλοιο; N O
2. Έχετε εσείς ή κάποιο από τα ανωτέρω άτομα βρεθεί θετικοί σε τεστ για την COVID-19 κατά τις τελευταίες 14 ημέρες; N O
3. Έχετε εσείς ή κάποιο από τα ανωτέρω άτομα έρθει σε επαφή με επιβεβαιωμένο ή πιθανό κρούσμα κατά τις τελευταίες 14 ημέρες; N O
4. Είστε εσείς ή κάποιο από τα ανωτέρω άτομα υπό παρακολούθηση ως επακόλουθο πιθανής έκθεσης σε COVID-19; N O
5. Έχετε εσείς ή κάποιο από τα ανωτέρω άτομα εμφανίσει κάποιο από τα επόμενα συμπτώματα; Πυρετός (38° C και πάνω), ρίγη, δύσπνοια, κόπωση, μυϊκοί πόνοι, πονοκέφαλος, αγευσία, δυσγευσία, ανοσμία, πονόλαιμος, ρινική καταρροή ή συμφόρηση, ναυτία, εμετός, διάρροια; N O

Όλοι οι κύριοι επιβάτες καλούνται να παράσχουν τουλάχιστον μια **επαφή έκτακτης ανάγκης**. Οι πληροφορίες του παρόντος εγγράφου θα χρησιμοποιηθούν μόνο σε περίπτωση που εμπλακείτε σε ατύχημα ή άλλη δυσμενή κατάσταση υγείας και θα καταστραφούν με το πέρας της κρουαζιέρας. Η επαφή έκτακτης ανάγκης μπορεί να είναι γονιός, σύζυγος, μέλος της οικογένειας ή οποιοδήποτε άλλο άτομο της εμπιστοσύνης σας.

Όνομα Επαφής: _____ Αριθμός Επικοινωνίας: _____

Όνομα Επαφής: _____ Αριθμός Επικοινωνίας: _____

Δηλώνω υπεύθυνα την πρόθεση μου προς συμμόρφωση μου στους κανόνες υγείας επί και εκτός του πλοίου καθ' όλη τη διάρκεια της κρουαζιέρας. Επιβεβαιώνω πως η παρούσα δήλωση είναι αληθής και ορθή και αντιλαμβάνομαι πως όποια παραβίαση ή δήλωση ψευδών στοιχείων, δύναται να προκαλέσει πρόβλημα δημόσιας υγείας έχοντας ως επακόλουθο ανάλογες ποινές.

Υπογραφή: _____