

Έντυπο-ερωτηματολόγιο δήλωσης υγείας πριν την επιβίβαση

Pre-boarding health declaration questionnaire

(προς συμπλήρωση από όλα τα ενήλικα άτομα πριν την επιβίβαση)

(The questionnaire is to be completed by all adults before embarkation)



Levante Ferries

ΟΝΟΜΑ ΠΛΟΙΟΥ
NAME OF VESSEL

ΗΜΕΡΑ ΚΑΙ ΩΡΑ ΤΑΞΙΔΙΟΥ
DATE AND TIME OF ITINERARY

ΛΙΜΕΝΑΣ ΑΠΟΒΙΒΑΣΗΣ
PORT OF DISEMBARKATION

Τηλέφωνο επικοινωνίας για τις επόμενες 14 ημέρες μετά την αποβίβαση

Contact telephone number for the next 14 days after disembarkation

Όνοματεπώνυμο, όπως αναγράφεται στο δελτίο ταυτότητας

Name as shown in the Identification Card/Passport

Όνόματα όλων των παιδιών κάτω των 18 ετών που ταξιδεύουν μαζί σας

Names of all children travelling with you who are under 18 years old

Τις τελευταίες 14 ημέρες

Within the past 14 days

ΝΑΙ
YES

ΟΧΙ
NO

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Έχετε τώρα ή είχατε εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο παρουσιάσει ξαφνικά συμπτώματα πυρετού ή βήχα ή δυσκολία στην αναπνοή;
Have you or has any person listed above, presented sudden onset of symptoms of fever or cough or difficulty in breathing? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Είχατε εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο, στενή επαφή με κάποιον ο οποίος είχε διαγνωστεί με λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό (COVID-19);
Have you, or has any person listed above, had close contact with anyone diagnosed as having coronavirus COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Είχατε εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο, 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;
Have you, or has any person listed above, provided care for someone with COVID-19 or worked with a health care worker infected with COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Είχατε εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο, επισκεφτεί ή βρεθήκατε σε κοντινή απόσταση με κάποιον ο οποίος είχε διαγνωστεί με λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό (COVID-19);
Have you, or has any person listed above, visited or stayed in close proximity to anyone with COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Είχατε εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο, εργαστεί σε κοντινή απόσταση ή μοιραστήκατε το ίδιο περιβάλλον με κάποιον οποίος είχε διαγνωστεί με λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό (COVID-19);
Have you, or has any person listed above, worked in close proximity to or shared the same classroom environment with someone with COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Είχατε εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο, ταξιδέψει με ασθενή από COVID-19 σε οποιοδήποτε μέσο μεταφοράς;
Have you, or has any person listed above, travelled with a patient with COVID-19 in any kind of conveyance? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Είχατε εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο, μείνει στη ίδια οικία με ασθενή με λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό (COVID-19); ;
Have you, or has any person listed above, lived in the same household as a patient with COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Υπογραφή: / Signature: