



# ANEXO 1 - FORMULARIO DE LOCALIZACIÓN PERSONAL (FLP) Y DECLARACIÓN RESPONSABLE

A ser completado por todos los participantes del evento.

**Nombre y apellidos** (tal como aparecen en el Pasaporte u otro Documento de Identidad):

\_\_\_\_\_

Si se trata de un **caddie, entrenador personal o acompañante**, nombre del jugador que lo emplea:

\_\_\_\_\_

**Dirección durante la competición** (calle/apartamento/ciudad/número postal/país):

\_\_\_\_\_

Número de **teléfono**: \_\_\_\_\_

**Correo electrónico**: \_\_\_\_\_

**Ciudades/Países** que visitaste o donde estuviste en los últimos 14 días (además de en Andalucía):

\_\_\_\_\_

**En los últimos 14 días...**

Nº	PREGUNTAS	SÍ	NO
1	¿Tuvo contacto cercano con alguien diagnosticado con la enfermedad COVID-19?		
2	¿Proporcionó atención directa a pacientes de COVID-19?		
3	¿Visitó o permaneció en un ambiente cerrado con algún paciente con la enfermedad COVID-19?		
4	¿Trabajó/estudió de forma cercana o compartiendo el mismo ambiente laboral o de clase con pacientes de COVID-19?		
5	¿Ha viajado con un paciente COVID-19 en cualquier medio de transporte?		
6	¿Ha vivido en la misma casa que un paciente COVID-19?		

En el caso de responder «sí» a uno o más apartados, por favor detalle datos sobre el lugar y el momento del contacto:

Nº	LUGAR	DESCRIPCIÓN

Le informamos de que los datos facilitados serán tratados por la Federación con la única finalidad de dar cumplimiento a su obligación en materia de protección y prevención de la salud pública en relación con el COVID-19. Dicha información será almacenada exclusivamente durante el plazo necesario para cumplir su finalidad. Si desea información ampliada en materia de protección de datos visite nuestra política de privacidad: <https://rfga.org/es/privacidad>

Esta información se podrá compartir con las autoridades locales de Salud Pública para permitir un rápido rastreo de contactos si un participante en el evento sufre la enfermedad COVID-19 o llegó en contacto con un caso confirmado

## DECLARACIÓN RESPONSABLE

Mediante la firma del presente documento, el abajo firmante afirma haber leído, entendido y aceptado lo establecido en el Protocolo relativo a la protección de la salud en relación con el COVID-19 de la Real Federación Andaluza de Golf, teniendo pleno conocimiento y conciencia de que la práctica del deporte del Golf, tanto en los entrenamientos como en competición, implica un riesgo de contagio del COVID-19 del cual es consciente y acepta, practicando el deporte del golf de forma completamente voluntaria.

**Firmado EI DEPORTISTA O TUTOR**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_2