

PASSENGER/CREW LOCATOR FORM – CRUISE SHIPS

Date of form completion: (yyyy/mm/dd)

2	0								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Public Health Passenger/Crew Locator Form: To protect your health, public health officers need you to complete this form whenever they suspect a communicable disease onboard a cruise ship. Your information will help public health officers to contact you if you were exposed to a communicable disease. It is important to fill out this form completely and accurately. Your information is intended to be held in accordance with applicable laws and used only for public health purposes. ~Thank you for helping us to protect your health.

One form should be completed by an adult member of each family/crew member. Print in capital (UPPERCASE) letters. Leave blank boxes for spaces.

CRUISE INFORMATION: 1. Cruise line name 2. Cruise ship name 3. Cabin Number 4. Date of disembarkation (yyyy/mm/dd)

PERSONAL INFORMATION: 5. Last (Family) Name 6. First (Given) Name 7. Middle Initial 8. Your sex MALE FEMALE OTHER 9. Age (years)

PHONE NUMBER(S) where you can be reached if needed. Include country code and city code.

10. Mobile 11. Business

12. Home 13. Other

14. Email address

PERMANENT ADDRESS*:

15. Country 16. State/Province

17. City 18. ZIP/Postal code

19. Number and street (Separate number and street with blank box) 20. Apartment number

*21. if in the previous 14 days you have stayed in a country (not transit) other than your permanent address, declare below the name of country/countries:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

TEMPORARY ADDRESS: If at any time during the next 14 days you will not be staying at the permanent address listed above, write the places where you will be staying.

22. Country 1 23. State/Province 1

24. City 1 25. ZIP/Postal code 1

26. Hotel name 1 (if any) 27. Number and street 1 (Separate number and street with blank box) 28. Apartment number 1

29. Country 2 30. State/Province 2

31. City 2 32. ZIP/Postal code 2

33. Hotel name 2 (if any) 34. Number and street 2 (Separate number and street with blank box) 35. Apartment number 2

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: _____