

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)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 0 <input type="text"/>

PERSONAL INFORMATION:

5. Last (Family) Name	6. First (Given) Name	7. Middle Initial	8. Your sex	9. Age (years)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

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

10. Mobile	<input type="text"/>	11. Business	<input type="text"/>
12. Home	<input type="text"/>	13. Other	<input type="text"/>
14. Email address	<input type="text"/>		

PERMANENT ADDRESS*:

15. Country	<input type="text"/>	16. State/Province	<input type="text"/>
17. City	<input type="text"/>	18. ZIP/Postal code	<input type="text"/>
19. Number and street (Separate number and street with blank box)	<input type="text"/>		20. Apartment number
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

*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	<input type="text"/>	23. State/Province 1	<input type="text"/>
24. City 1	<input type="text"/>	25. ZIP/Postal code 1	<input type="text"/>
26. Hotel name 1 (if any)	27. Number and street 1 (Separate number and street with blank box)	28. Apartment number 1	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
29. Country 2	<input type="text"/>	30. State/Province 2	<input type="text"/>
31. City 2	<input type="text"/>	32. ZIP/Postal code 2	<input type="text"/>
33. Hotel name 2 (if any)	34. Number and street 2 (Separate number and street with blank box)	35. Apartment number 2	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

PASSENGER/CREW LOCATOR FORM – CRUISE SHIPS

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

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

36. TRAVEL COMPANIONS – FAMILY: Only include age if younger than 18 years

	Last (Family) Name	First (Given) Name	Cabin number	Age <18
(1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

37. TRAVEL COMPANIONS – NON-FAMILY/NON-SAME HOUSEHOLD: Also include name of group (if any)

	Last (Family) Name	First (Given) Name	Group (tour, team, business, other)
(1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

To be completed by CREW only:

38. Working sector on board:

<input type="text"/>

39. Co-habitants in cabin:

	Last (Family) Name	First (Given) Name
(1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΟΛΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΘΑ
ΕΠΙΒΙΒΑΣΤΟΥΝ ΣΤΟ ΠΛΟΙΟ

(ΕΝΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΝΑ ΑΤΟΜΟ)

(Rev. 09, 16.03.22)

Σημείωση: Το ερωτηματολόγιο θα πρέπει να συμπληρωθεί μία ημέρα πριν την κρουαζιέρα σας, εξαιτίας των συνεχών ανανεώσεων των ευρωπαϊκών πρωτοκόλλων και κανονισμών.



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 εσείς ή κάποιο από τα ανωτέρω άτομα βρεθεί θετικοί σε τεστ για την COVID-19 κατά τις τελευταίες 14 ημέρες;

N O

2. Έχετε εσείς ή κάποιο από τα ανωτέρω άτομα έρθει σε επαφή με επιβεβαιωμένο ή πιθανό κρούσμα κατά τις τελευταίες 14 ημέρες ;

N O

3. Είστε εσείς ή κάποιο από τα ανωτέρω άτομα υπό παρακολούθηση ως επακόλουθο πιθανής έκθεσης σε COVID-19;

N O

4. 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: _____