


The completion of the declaration is mandatory // Η συμπλήρωση της δήλωσης είναι υποχρεωτική

For your own convenience and to save your waiting time, please print and fill in the following statement which you will give us upon your departure.

Για δική σας ευκολία και την ταχύτερη εξυπηρέτησή σας παρακαλώ εκτυπώστε και συμπληρώστε την ακόλουθη δήλωση, την οποία θα μας παραδώσετε κατά την αναχώρησή σας.

Pre-boarding health declaration questionnaire. // Έντυπο-ερωτηματολόγιο δήλωσης υγείας πριν την επιβίβαση.

(completed by **ALL ADULTS** before embarkation) // (προς συμπλήρωση από **ΌΛΑ ΤΑ ΕΝΗΛΙΚΑ άτομα** πριν την επιβίβαση)

VESSEL'S NAME ΟΝΟΜΑ ΠΛΟΙΟΥ	VESSEL'S PORT OF REGISTRY/NO OF REGISTRY ΛΙΜΑΝΙ ΕΓΓΡΑΦΗΣ /ΑΡ. ΕΓΓΡΑΦΗΣ	
KING SARON	PIRAEUS / 10630	
DATE AND TIME OF INITIAL EMBARKATION ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΑΡΧΙΚΗΣ ΕΠΙΒΙΒΑΣΗΣ	PORT OF INITIAL EMBARKATION ΛΙΜΕΝΑΣ ΑΡΧΙΚΗΣ ΕΠΙΒΙΒΑΣΗΣ	
..... / / :	RHODES TOURIST PORT	

Contact telephone number for the next 14 days after disembarkation
Τηλέφωνο επικοινωνίας για τις επόμενες 14 ημέρες από την επιβίβαση

First Name as shown in the Identification Card or Passport Όνομα όπως εμφανίζεται στην ταυτότητα/ διαβατήριο	Surname as shown in the Identification Card or Passport Επώνυμο όπως εμφανίζεται στην ταυτότητα/διαβατήριο	Father's name Όνομα πατρός
First Name of all children travelling with you who are under 18 years Όνομα όλων των παιδιών που είναι κάτω των 18 ετών	Surname of all children travelling with you who are under 18 years old Επίθετο όλων των παιδιών που είναι κάτω των 18 ετών	Father's name Όνομα πατρός

Questions: // Ερωτήσεις:

Within the last 14 days // Τις τελευταίες 14 ημέρες

YES
ΝΑΙ

NO
ΌΧΙ

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

I declare that I will return to Rhodes today.

SIGNATURE // ΥΠΟΓΡΑΦΗ