

## DECLARAȚIE

Nume \_\_\_\_\_ Țara din care ați plecat: \_\_\_\_\_  
 Prenume \_\_\_\_\_ Localitate: \_\_\_\_\_  
 Sexul  M  F Data: \_\_\_\_\_

Pașaport / C.I. Seria \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_  
 Data nașterii: (Z/L/A): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Data sosirii în România: \_\_\_\_\_

Estimez că voi rămâne în România mai mult de 24 de ore la următoarele adrese:

Nr. Crt.	Locația (Oraș)	Data sosirii	Data plecării	Adresa completă

Pe perioada șederii/călătoriei în România pot fi contactat la:

Nr. Tel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

1. Ați locuit / vizitat zone în care se aflau persoane suferinde din cauza infecției cu noul coronavirus (COVID-19)?

Da  Nu

2. Ați venit în contact direct cu persoane suferinde din cauza infecției cu noul coronavirus (COVID-19) la serviciu, în vecinătatea locuinței sau vizitând unități medicale ori alte genuri de locuri în ultimele 14 zile?

Da  Nu

3. Ați fost spitalizat în ultimele trei săptămâni?

Da  Nu

4. Ați avut una sau mai multe dintre următoarele simptome?

• Febră	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
• Dificultatea de a înghiți	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
• Dificultatea de a respira	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
• Tuse intensă	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu

**Aviz important și acord:** În contextul evoluțiilor înregistrate începând cu ianuarie 2020 în legătură cu infecția cu noul coronavirus COVID-19, pentru a putea rămâne în România, toți pasagerii din sau care au călătorit recent în China, Italia, Coreea de Sud, Iran

.....sunt obligați să completeze chestionarul de mai sus. Vă rugăm să rețineți că datele și informațiile furnizate aici sunt solicitate pentru colectare și prelucrare de către Direcția de Sănătate Publică Județeană ..... Datele și Informațiile solicitate și colectate sunt prelucrate în conformitate cu prevederile Regulamentului nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu respectarea strictă a principiilor legate de drepturile fundamentale. Persoanele ale căror date sunt prelucrate beneficiază de dreptul de a-și exercita drepturile de modificare, intervenție și opoziție printr-o cerere semnată, datată și scrisă adresată operatorului de date.

• Sunt conștient că un refuz de a completa chestionarul poate provoca refuzul intrării mele pe teritoriul României, în scopul eliminării eventualelor amenințări la adresa sănătății publice a României.

• Cunoscând prevederile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații și art. 352 din Codul Penal cu privire la zădărnicierea combaterii bolilor, declar prin prezenta, pe propria răspundere, că am sosit pe teritoriul României plecând din țara de origine, cu tranzitarea teritoriului următoarelor țări .....

.....și că voi urma indicațiile personalului medical care mi-au fost aduse la cunoștință pe timpul efectuării controlului de frontieră în punctul de trecere a frontierei .....(denumire).

• Declar pe propria răspundere faptul că, pentru a preveni răspândirea pe teritoriul României a virusului Covid-19, după părăsirea perimetrului punctului de trecere a frontierei mă voi deplasa la domiciliu / resedință / instituție medicală / clădire cu destinație specială / altă adresă (a se indica adresa exactă).....

..... pentru auto-izolare sau plasare în carantină, folosind .....(a se indica număr de înmatriculare auto sau ambulanță), urmând traseul următor:

• Sunt de acord că informațiile furnizate pot fi consultate și prelucrate de către autoritățile competente.

Data și locul: \_\_\_\_\_

Semnătură: \_\_\_\_\_

Legendă pentru personalul DSP:

Risc crescut de contagiozitate = "DA" la punctul 4

Risc crescut de expunere = "DA" la punctele 1.2 și 3