

DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE

Subsemnatul/subseminata.....
cetățenie, legitimat(ă) cu, seria,
nr., CNP

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 de pe teritoriul, 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

Astfel, 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 / reședință / 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:

Data

Semnătură

CHESTIONAR DE EVALUARE ȘI LOCALIZARE PE TERITORIUL ROMÂNIEI

Nume: _____ Data nașterii (Z/L/A): ____/____/____

Prenume: _____ Sexul: M F

Pașaport Seria: _____ Nr _____ Țara de Origine: _____

Punctul de plecare în călătorie: Țara _____ Localitatea _____ Data: _____

Data sosirii în România: _____ Data plecării din 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**2. Ați fost spitalizat în ultimele trei săptămâni?** da nu**3. 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 evoluției 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 ȘI SAU PROVINCIILE LOMBARDIA ȘI VENETO DIN ITALIA sunt obligați să completeze chestionarul de mai sus. Vă rugăm să rețineți că datele și informațiile furnizate aici sunt solicitate pentru consultare, colectare și prelucrare de către Direcția de Sănătate Publică județeană _____ în calitate de autoritate publică, notificată ca operator de date cu caracter personal, sub înregistrarea nr. _____. Informațiile solicitate sunt prelucrate în conformitate cu prevederile Regulamentului nr. 679/2016 privind protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu respectarea strictă a principiilor legate de drepturile fundamentale. Persoanele ale căror date personale 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.
- Sunt de acord că informațiile furnizate pot fi consultate și prelucrate de către Direcția de Sănătate Publică județeană _____, cu consultarea autorităților române desemnate care nu au competențe în domeniul sănătății publice și a gestionării situațiilor de urgență / criză.
- Am luat notă și sunt conștient de informațiile furnizate aici.
- Declar, că toate răspunsurile furnizate la întrebările de mai sus corespund în totalitate situației mele actuale.

Data și locul: _____;

Semnătura: _____;

Legendă pentru personalul DSP:

Risc crescut de contagiozitate = „Yes” la punctul 4.
 Risc crescut de expunere = „Yes” la punctele și 1, 2, 3
 Risc scăzut = „No” la toate întrebările