

DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE

Nume _____

Prenume _____

Data nașterii (z/l/a) _____ / _____ / _____

Număr de telefon _____ Adresa de email _____

Localitatea _____ Țara _____

Dacă ați călătorit cu mai puțin de 14 zile înainte, menționați țările, localitățile și perioada de călătorie:

Data sosirii în România _____

Data plecării din România _____

Pentru răspunsurile de mai jos încercuiți opțiunea corectă.

- Ați venit în contact cu cineva care suferă de infecția cu noul coronavirus (COVID-19) acasă, la servicii, în vecinătatea casei sau vizitând un spital sau alte locuri în ultimele 14 zile? DA / NU
- Ați fost spitalizat în ultimele 3 săptămâni? DA / NU
- Ați avut următoarele simptome:

Febră		DA / NU
Dificultate la înghițire		DA / NU
Dificultate în respirație		DA / NU
Tușit intens		DA / NU

Sfat important și consimțământ: în contextul evoluției înregistrate începând cu ianuarie 2020 în relație cu infecția cu noul coronavirus COVID-19, tuturor persoanelor de la care sau care au călătorit recent în zonele afectate, li se cere să completeze acest chestionar. Vă rog să luați la cunoștință că toate datele pe care le completați sunt necesare pentru consultare, colectare și procesare date de către Direcția de Sănătate Publică Cluj, autoritate publică. Informațiile cerute sunt procesate în conformitate cu Reglementarea nr. 679/2016 privind Protecția Individuală privind Procesarea Datelor Personale și Manipularea acestor date în strictă conformitate cu principiile legate de drepturile fundamentale ale omului. Persoanele ale căror date personale sunt procesate beneficiază de dreptul de a amenda, interveni și opune, printr-o cerere datată, scrisă, semnată și înmănată celui care colectează datele.

- Sunt conștient că refuzul de a completa această declarație atrage imposibilitatea de beneficia de consult și/sau tratament în cadrul instituției.
- De asemenea, consimt că informațiile pe care le-am dat să fie procesate de către Direcția de Sănătate Publică Cluj – autoritate competentă în sănătate publică, situații de urgență și managementul crizei.
- Am luat la cunoștință de informațiile date în prezentul formular.
- Declar pe proprie răspundere că informațiile date corespund situației mele actuale.
- Neconformarea la măsurile cu privire la controlul bolilor infecțioase va fi sancționată cu prevederile Art. 352 și Art. 34 litera .m. a Hotărârii Guvernului nr. 857/2011 cu privire la stabilirea și sancționarea contravențiilor cu privire la normele prevenției în sănătate publică.
- Subsemnata/ul declar pe propria mea răspundere, cunoscând consecințele legale ale declarațiilor nesincere prevăzute de art.326 Noul Cod Penal privind falsul în declarații și de asemenea cunoscând prevederile art.352 Zădărnicierea combaterii bolilor, că cele susmenționate corespund adevărului.

Data _____

Semnătura _____