

ORA:

TEMPERATURA:



**DECLARATIE PE PROPRIA RASPUNDERE
pentru prevenirea si combaterea infectiilor cu CORONAVIRUS (COVID 19)**

Subsemnatul(a) _____, domiciliat(a) in / locul de sedere obisnuita in Loc. _____ Str. _____ Nr. _____, Bl. _____, Sc. _____, Ap. _____, Jud. / Sector _____, Tara _____, posesor al actului de identitate Pasaport / CI Seria _____ Nr. _____ CNP _____, nr de telefon. _____, calitate de pacient/apartinator

dupa ce am luat la cunostinta ca furnizarea de informatii false si/sau incomplete catre societatea dumneavoastra poate sa conduca la urmatoarele consecinte :

- Condamnarea penala a subsemnatului la inchisoare pentru savarsirea infractiunilor prevazute la **art.326 - privind FALSUL IN DECLARATII** si **352 – privind ZADARNICREA COMBATERII BOLILOR**, sanctionate de Codul Penal al Romaniei, precum si orice alta infractiune prevazuta de Codul Penal sau legi speciale care ar putea rezulta din declararea necorespunzatoare a adevarului si / sau din declaratii incomplete.

A. Declar pe propria raspundere, sub sanctiunile prevazute de Codul Penal al Romaniei pentru declaratii neadevarate, ca:

- In ultimele 2 saptamani pana in prezent (14 zile) **NU am calatorit** in strainatate;
- Nicio ruda de a mea, pana la gradul 4 inclusiv (**parinti, bunici, frate, sora, unchi, matusa, nepot, var**) si nici **sotul/sotia/concubinul/concubina** sau orice alta persoana care locuiesc sau cu care am intrat in contact in ultimele 2 saptamani pana in prezent, **NU au calatorit** in afara tarii;
- Nu am cunostinta sa fi intrat in contact cu persoane care provin din zone de risc de infectare cu CORONAVIRUS si / sau care sa fie suspecte de contaminare cu COVID 19.
- Nu am fost/Nu sunt confirmat pozitiv la test COVID 19.

Ati avut una sau mai multe dintre urmatoarele simptome?

<u>Febra</u>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	<u>Dificultatea de a inghiti</u>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
<u>Diaree</u>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	<u>Dificultatea de a respira</u>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
<u>Tuse intensa</u>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	<u>Pierdere gust</u>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
<u>Pierdere miros</u>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu			

B. Alte mentiuni: _____

Izolare Da Nu

Carantina Da Nu

C. Subsemnatul, ma oblig ca in cazul in care, dupa semnarea acestei Declaratii pe propria raspundere, voi fi aflat ca am intrat in contact cu persoane care cunosc ca au fost in zone de risc de infectare cu CORONAVIRUS sau care au fost diagnosticate cu CORONAVIRUS, sa anunt in maxim 2 ore acest lucru, la telefon 0786700882 si sa nu mai intru in contact cu personalul medical, pacienti sau orice alte persoane, constient fiind de consecintele ce se pot produce in acest caz, urmand ca masurile ce vor fi luate sa fie conform legislatiei si protocoalelor aplicabile la acel moment.

Declar totodata ca inteleg pe deplin consecintele Declaratiei mele si prin semnarea acesteia sunt de acord si sunt constient ca in cazul in care cele declarate nu corespund adevarului sau sunt false si/sau incomplete, sa suport toate consecintele asumate prin prezenta.

DATA: _____

PACIENT/APARTINATOR: _____