



DECLARAȚIE

Nume: _____

Data nașterii(Z/L/A): ____/____/____

Prenume: _____

Sexul: M F

Act de identitate

Seria: _____ Nr _____

- Ați locuit / vizitat zone în care se aflau persoane suferind din cauza infecției cu SARS-CoV2 (COVID-19)? DA NU
Dacă **DA**, când anume? _____
- Ați venit în contact direct cu persoane suferind din cauza infecției cu SARS-CoV2 (COVID-19) la serviciu, acasă, în vecinătatea locuinței sau vizitând unități medicale ori alte genuri de locuri în ultimele 15 zile? DA NU
- Aveți membrii ai familiei, prieteni sau colegi de muncă care au fost în zone cu infecției cu SARS-CoV2 (COVID-19) în ultimele 15 zile? DA NU
- Ați fost spitalizat în ultimele 3 săptămâni? DA NU
- Ați avut una sau mai multe dintre următoarele simptome?

Febră DA NU

Dificultatea de a înghiți DA NU

Dificultatea de a respira DA NU

Dureri de cap DA NU

Durere în gât DA NU

Tuse intensă DA NU

Aviz important și acord: În contextul evoluțiilor înregistrate începând cu ianuarie 2020 în legătură cu Pandemia cu noul coronavirus 2019 –nCoV (COVID-19), pentru a putea avea acces în incinta I.N.R.M.F.B., este obligatoriu să se completeze chestionarul de mai sus. Vă rugăm să rețineți că datele și informațiile furnizate în prezentul chestionar sunt solicitate pentru consultare, colectare și prelucrare de către de către I.N.R.M.F.B. Informațiile solicitate sunt prelucrate în conformitate cu prevederile Regulamentul Uniunii Europene 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date. 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 prezentul chestionar poate provoca refuzul accesului meu în incinta I.N.R.M.F.B., în scopul eliminării eventualelor amenințări la adresa sănătății publice.
- Sunt de acord că informațiile furnizate pot fi consultate și prelucrate de către I.N.R.M.F.B., cu consultarea autorităților române desemnate care au competențe în domeniul sănătății publice și a gestionării situațiilor de urgență / criză.
- Am luat notă și sunt conștient/ă de informațiile furnizate aici.

Declar că toate răspunsurile furnizate la întrebările de mai sus corespund în totalitate situației mele actuale.

Data: _____

Semnatura: _____