

DECLARAȚIE

Subsemnatul,,
legitimată cu CI/BI seria nr., CNP, domiciliat în
..... prin prezenta declar pe propria răspundere că:

– am istoric de călătorie în țara, în perioada, regiunea/orașul
....., cu revenire în România în data de, prin punctul de
frontieră (aeroport/terestru)

sau – contact direct cu un caz pozitiv nCoV-2019 (numele contactului)

Menționez că mi s-a recomandat izolarea/m-am autoizolat la adresa,
începând cu data de până la data de

Declar că am luat cunoștință de prevederile art. 326 din Codul penal „Falsul în declarații”, referitor la declarația necorespunzătoare a adevărului făcută unui organ sau instituții de stat în vederea producerii unei consecințe juridice pentru sine sau pentru altul, fapt care se pedepsește cu închisoarea de la 3 luni la 2 ani sau cu amendă.

Numele, prenumele
Semnătura
Data
Nr. de telefon

Am atașat prezentei
Copie C.I./B.I.
Dovada călătoriei:
Bilete de avion (după caz)

Pentru minori până în 18 ani:
Certificat de naștere

ATENȚIE!

DATELE CU CARACTER PERSONAL COLECTATE PRIN PREZENTUL DOCUMENT VOR FI PRELUCRATE ÎN CONFORMITATE CU PREVEDERILE REGULAMENTULUI (UE) 2016/679 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 27 APRILIE 2016 PRIVIND PROTECȚIA PERSOANELOR FIZICE ÎN CEEA CE PRIVEȘTE PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL ȘI PRIVIND LIBERA CIRCULAȚIE A ACESTOR DATE ȘI DE ABROGARE A DIRECTIVEI 95/46/CE (REGULAMENTUL GENERAL PRIVIND PROTECȚIA DATELOR): ART. 6 ALIN. (1) LIT. C), D) ȘI E), RESPECTIV ART. 9 ALIN. (2) LIT. G), H) ȘI I), DIN MOTIVE DE INTERES PUBLIC ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII PUBLICE, ÎN SCOPUL ASIGURĂRII PROTEJĂRII POPULAȚIEI ÎMPOTRIVA UNEI AMENINȚĂRI TRANSFRONTALIERE GRAVE LA ADRESA SĂNĂTĂȚII. DIRECȚIILE DE SĂNĂTATE PUBLICĂ JUDEȚENE ȘI A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI A IMPLEMENTAT ȘI UTILIZEAZĂ MĂSURI TEHNICE ȘI ORGANIZATORICE ADECVATE PRIN CARE SUNT ASIGURATE CONFIDENȚIALITATEA ȘI SECURITATEA DATELOR CU CARACTER PERSONAL PRELUCRATE.