

DECLARAȚIE

Subsemnatul,, legitimat 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	Am atașat prezentei	
Semnătura	Copie C.I./B.I.	<input type="checkbox"/>
Data	Dovada călătoriei:	
Nr. de telefon	Bilete de avion (după caz)	<input type="checkbox"/>

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 protecției populației împotriva unei amenințări transfrontaliere grave la adresa sănătății. Direcția de Sănătate Publică a Municipiului București a implementat și utilizează măsuri tehnice și organizatorice adecvate prin care sunt asigurate confidențialitatea și securitatea datelor cu caracter personal prelucrate.