

DECLARAȚIE

RO/EN

Nume _____ Țara din care ați plecat: _____
 Prenume _____ Localitate: _____
 Sexul ☐ M ☐ F Data: _____

Pașaport / C.I. Seria _____ Nr. _____

Data nașterii: (Z/L/A): _____ / _____ / _____
 Data sosirii în România: _____

Estimez că voi rămâne în România mai mult de 24 de ore la următoarele adrese:

Nr. Crt.	Locația (Oraș)	Data sosirii	Data plecării	Adresa completă

Pe perioada șederii/călătoriei în România pot fi contactat la:

Nr. Tel: _____ E-mail: _____

1. Ați locuit / vizitat zone în care se aflau persoane suferinde din cauza infecției cu noul coronavirus (COVID-19)?

☐ Da ☐ Nu

2. Ați venit în contact direct cu persoane suferinde din cauza infecției cu noul coronavirus (COVID-19) la serviciu, în vecinătatea locuinței sau vizitând unități medicale ori alte genuri de locuri în ultimele 14 zile?

☐ Da ☐ Nu

3. Ați fost spitalizat în ultimele trei săptămâni?

☐ Da ☐ Nu

4. Ați avut una sau mai multe dintre următoarele simptome?

• Febră	☐ Da	☐ Nu
• Dificultatea de a înghiți	☐ Da	☐ Nu
• Dificultatea de a respira	☐ Da	☐ Nu
• Tuse intensă	☐ Da	☐ Nu

Aviz important și acord: În contextul evoluțiilor înregistrate începând cu ianuarie 2020 în legătură cu **infecția cu noul coronavirus COVID-19**, pentru a putea rămâne în România, toți pasagerii din sau care au călătorit recent în **China, Italia, Coreea de Sud, Iran**sunt obligați să completeze chestionarul de mai sus. Vă rugăm să rețineți că datele și informațiile furnizate aici sunt solicitate pentru colectare și prelucrare de către Direcția de Sănătate Publică Județeană Datele și Informațiile solicitate și colectate sunt prelucrate în conformitate cu prevederile Regulamentului nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu respectarea strictă a principiilor legate de drepturile fundamentale. Persoanele ale căror date 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 chestionarul poate provoca refuzul intrării mele pe teritoriul României, în scopul eliminării eventualelor amenințări la adresa sănătății publice a României,

• Cunoscând prevederile **art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații** și **art. 352 din Codul Penal cu privire la zădărnicierea combaterii bolilor**, declar prin prezenta, pe propria răspundere, că am sosit pe teritoriul României plecând din țara de origine, cu tranzitarea teritoriului următoarelor țări și că voi urma indicațiile personalului medical care mi-au fost aduse la cunoștință pe timpul efectuării controlului de frontieră în punctul de trecere a frontierei(denumire).

• Declar pe propria răspundere faptul că, pentru a preveni răspândirea pe teritoriul României a virusului Covid-19, după părăsirea perimetrului punctului de trecere a frontierei **mă voi deplasa la domiciliu / reședință / instituție medicală / clădire cu destinație specială / altă adresă** (a se indica număr de înmatriculare auto sau ambulanță), urmând traseul următor:

....., **pentru auto-izolare sau plasare în carantină**, folosind(a se indica număr de înmatriculare auto sau ambulanță), urmând traseul următor:

• Sunt de acord că informațiile furnizate pot fi consultate și prelucrate de către autoritățile competente.

Data și locul:

Semnătură:

Legendă pentru personalul DSP:

Risc crescut de contagiozitate = "DA" la punctul 4
 Risc crescut de expunere = "DA" la punctele 1,2 și 3
 Risc scăzut = "NU" la toate întrebările

DECLARATION	EN/RO
--------------------	--------------

Surname _____ The country of departure: _____
 Name _____ City/Town: _____
 Gender ☐ M ☐ F Date: _____
 Passport / I.D. Series _____ No. _____
 Date _____ of birth: _____ (D/M/Y): _____
 Date of arrival in Romania: _____

I estimate that I will be staying in Romania for more than 24 hours at the following addresses:

No.	Location (town/city)	Date of arrival	Date of Departure	Complete address

During my stay /travel to Romania I can be reached at:

Phone: _____ E-mail: _____

1. Have you lived in/visited areas where there were persons suffering from the infection with the new coronavirus (COVID-19)?

☐ Yes ☐ No

2. Have you come in direct contact with persons suffering from the infection with the new coronavirus (COVID-19) at work, nearby your residence or when visiting medical units or other type of places in the last 14 days?

☐ Yes ☐ No

3. Have you been hospitalized during the last three weeks?

☐ Yes ☐ No

4. Have you had one or more of the following symptoms?

• Fever	☐ Yes	☐ No
• Difficulty in swallowing	☐ Yes	☐ No
• Difficulty in breathing	☐ Yes	☐ No
• Intense coughing	☐ Yes	☐ No

Important notice and agreement: In the context of the recorded developments starting January 2020 regarding the infection with the new coronavirus COVID-19, in order to remain in Romania, all passengers from or who have recently traveled to **China, Italy, South Korea, Iran** are required to fill in the above questionnaire. Please note that the data and information provided here are required for collection and processing by the _____ County Public Health Department. The required and collected data and information are processed in accordance with the provisions of Regulation, no. 679/2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, with strict compliance of the principles related to fundamental rights. The persons whose data are processed have the right to modify, intervene and oppose through a written, dated and signed request addressed to the data operator.

• I am aware that the refusal to fill in the questionnaire may cause the refusal of my entry in Romania, in order to eliminate any possible threats to the public health of Romania.

• Acknowledging the provisions of **art. 326 of the Criminal Code regarding false statements and art. 352 regarding the thwarting disease control**, I hereby declare, on my own responsibility, that I have arrived on the territory of Romania leaving the country of origin, transiting the _____ territory of _____ the following _____ countries

and that **I will follow the instructions provided by the medical personnel** during the border control at the border crossing point (name).

• I declare on my own responsibility that, in order to prevent the spread of Covid-19 virus on the territory of Romania, after leaving the border crossing point area **I will travel to home / residence / medical institution / special purpose building / other address (to indicate the exact address)**

....., **for self-isolation or quarantine**, using
 (Indicate the appropriate number on the schedule) on the following dates:

- I agree that the provided information can be consulted and processed by the competent authorities.

Date and place: _____

Signature: _____

Legend for DSP staff:

Increased risk of infectiousness = "YES" in item 4

Increased risk of exposure = "YES" in items 1.2 and 3

Low risk = "NO" to all questions