

DECLARAȚIE

Subsemnatul/a: _____

cu CNP _____ declar pe propria răspundere și sub sancțiunile prevăzute de art.326 din Codul Penal privitor la falsul în declarații, următoarele:-----

Nu am călătorit în ultimele 14 zile în zone cu risc ridicat de infectare cu Coronavirus(roșii/galbene);

Nu am intrat în contact direct cu persoane care au simptome sau care au călătorit în zone cu transmitere comunitară extinsă;

Nu am intrat în contact direct cu persoane care au fost confirmate cu Coronavirus (COVID-19).

DATA _____

SEMNĂTURA

Subsemnatul/a declar că, în conformitate cu cerințele 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 abrogarea Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor - RGPD) sunt de acord ca datele mele personale pe care le furnizez sau pe care le furnizează, după caz, un membru al familiei mele ori o alta persoana. Totodată, am luat act de faptul că datele mele cu caracter personal sunt transmise, prin orice mijloc de comunicare, instituțiilor publice, ori private ale căror activități sunt incidente în activitatea medicală sau care au legătură directă ori implicită cu instrumentarea actului ori procedurii medicale și care, la rândul lor sunt operatori de date cu caracter personal. Scopul colectării datelor îl constituie instrumentarea actului/procedurii medicale potrivit prezentului acord. Aceste informații vor putea fi introduse de medic în baza sa de date sub orice forma materială (pe suport de hârtie) și electronică.

Menționez că mi s-a adus la cunoștință că refuzul furnizării acestor date determina imposibilitatea inițierii sau, după caz, finalizării actului ori procedurii medicale.

SEMNĂTURA