

**DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE / CHESTIONAR  
PRIVIND EVALUAREA TRIAJULUI EPIDEMIOLOGIC**

Nume și prenume \_\_\_\_\_

Vârsta \_\_\_\_\_, domiciliul \_\_\_\_\_

Nr. telefon \_\_\_\_\_, adresa e-mail \_\_\_\_\_

1. Ați locuit/vizitat zone aflate în carantină din cauza infecției cu SARS-Cov2 (COVID-19) în ultimele 14 zile?

DA

NU

2. Ați intrat în contact direct cu persoane suferind din cauza infecției cu SARS-Cov2 (COVID-19) la locul de muncă, 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 (motivul spitalizării) \_\_\_\_\_

NU

4. Ați avut unul sau mai multe din următoarele simptome?

	DA	NU
Febră	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultatea de a înghiți	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultatea de a respira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuse intensă	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Declar pe propria răspundere că în ultimele 14 zile nu am sosit din străinătate și am locuit la următoarea adresă:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data completării

Semnătura

\_\_\_\_\_

✓ Înțeleg că 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 și în scopul asigurării protecției populației împotriva unei amenințări transfrontaliere grave la adresa sănătății.

Semnătura \_\_\_\_\_