

## DECLARAȚIE

Măsura dispusă de D.S.P. : <input type="checkbox"/> trimitere spre spital; <input type="checkbox"/> carantinare instituționalizată; <input type="checkbox"/> izolare la adresa declarată	Semnătură D.S.P.
---	------------------

Nume _____ Prenume _____
Data nașterii: anul _____, luna _____, ziua _____
Locul nașterii: _____
Adresa de domiciliu (potrivit actului de identitate): localitatea _____
str. _____, nr. _____, bloc _____, ap. _____, sector/județ _____

Țara / țările din care am plecat/tranzitat: _____
Localitatea / localitățile din care am plecat/ tranzitat: _____
Data plecării: anul _____, luna _____, ziua _____

Declar pe propria răspundere că:

\* am luat la cunoștință de faptul că, pentru a preveni răspândirea pe teritoriul României a COVID-19, am obligația de a mă supune procedurilor de izolare/carantinare/internare, după caz;

\* pentru **punerea în aplicare a măsurii izolării**, după părăsirea perimetrului punctului de trecere a frontierei, mă voi deplasa pe cea mai scurtă rută la:

adresa de domiciliu *sau*

următoarea adresă: localitatea \_\_\_\_\_; str. \_\_\_\_\_,

nr. \_\_\_\_\_, bloc \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, sector/județ \_\_\_\_\_

\* deplasarea se va efectua cu: .....

\* sunt de acord ca datele cu caracter personal și informațiile furnizate să fie prelucrate de către autoritățile competente;

\* am luat la cunoștință de prevederile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații și cele ale art. 352 din Codul Penal cu privire la zădărnicierea bolilor.

Pe perioada șederii în România pot fi contactat la:

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Semnătura

Data