

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. *
Data	Dovada călătoriei:
Nr. de telefon	Bilete de avion (după caz) *

*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 PROTEJĂRII 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.