

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 DSP:
--	----------------

Nume:	Prenume:
C.N.P.	Data nașterii (pentru cetățeni străini): ziua luna anul

Țara de plecare

Declar pe propria răspundere că:

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

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

localitatea.....str.....nr.....bl.....ap.....
sector/județ.....;

* 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 combaterii bolilor.

Pe perioada șederii în România pot fi contactat la:

Telefon: _____

Semnătura

Data