

**Declarația pe proprie răspundere privind evaluarea stării de sănătate**

Nume: \_\_\_\_\_

Prenume: \_\_\_\_\_

Programul de studii: \_\_\_\_\_

Anul de studii: \_\_\_\_\_

Grupa: \_\_\_\_\_

**Declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile articolului 326 din Codul penal privind falsul în declarații, că:**

1. Ați locuit / vizitat în ultima lună zone sau țări în care se aflau persoane suferind din cauza infecției cu noul coronavirus?

DA  NU

2. Ați intrat în contact direct cu persoane, care în ultima luna, au locuit / vizitat zone / țări în care se aflau persoane suferind din cauza infecției cu noul coronavirus?

DA  NU

3. Ați intrat în contact direct cu persoane care au fost confirmate cu infecție cu noul coronavirus (SARS-CoV-2) în ultimele 30 de zile?

DA  NU

4. Ați fost spitalizat în ultimele 30 de zile?

DA  NU

Dacă da, menționați spitalul / clinica: \_\_\_\_\_

5. Ați avut una sau mai multe dintre următoarele simptome în ultimele 30 de zile?

- Febră  DA  NU

- Dureri de cap  DA  NU

- Dificultatea de a respira  DA  NU

- Dificultatea de a înghiți  DA  NU

- Tuse intensă  DA  NU

- Oboseală instalată fără explicație  DA  NU

Prin prezenta îmi dau consimțământul, în conformitate cu Regulamentul (UE) 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului din 27.04.2016, privind protecția datelor persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestora.

Data completării: \_\_\_\_\_

Semnătura: \_\_\_\_\_