**DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE**

**Pentru prevenirea și combaterea infecțiilor cu CORONAVIRUS (CODIV-19)**

Subsemnatul …………………………………………………………..…… domiciliat(ă) în/ reședința actuală în loc. ………………… str. ……………………………………………………….. Nr...…. bl. …… Sc. …….. Ap. ………. Jud./Sector ………..………., Țară ….…………………….. , posesor al actului de identitate Pașaport/ CI Seria ............ Nr. ……………. CNP …………..………………… Număr telefon…………………………… în calitate de pacient/ă;

După care am luat la cunoștință că furnizarea de informații false și/sau incomplete, către instituția dumneavoastră, poate să conducă la următoarele consecințe:

* Condamnarea penală a subsemnatului la închisoare pentru săvârșirea infracțiunilor prevăzute în art. 326 – privind falsul în declarații și art 352 – privind zădărnicirea combaterii bolilor, sancționarea de Codul Penal al României , precum și oricare altă infracțiune prevăzută de Codul Penal sau legi special care ar putea rezulta din declararea necorespunzătoare a adevărului și/sau din declarații incomplete;
* Suportarea de catre subsemnatul a tuturor pagubelor si cheltuielilor cauzate unitatii sanitare ca urmare a perturbarii activitatii din masuri de carantina sau orice alte masuri care se vor impune generate de raspandirea COVID-19;

1. Declar pe proprie raspundere, sub sanctiunile prevazute de Codul Penal al Romaniei, privind declaratiile neadevarate urmatoarele:

1. Ați prezentat unul sau mai multe dintre simptomele de mai jos apărute brusc, în ultimele 14 zile?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | DA | NU |
| Febră |  |  |
| Frisoane ( friguri ) |  |  |
| Dificultate la respiraţie ( scurtarea respirației ) |  |  |
| Tuse |  |  |
| Greață |  |  |
| Vărsături |  |  |
| Slăbiciune generală |  |  |
| Diaree |  |  |
| Durere în gât |  |  |
| Cefalee ( durere de cap) |  |  |
| Rinoree ( secreții nazale, curge nasul) |  |  |
| Pierdere miros/gust |  |  |

2. Ați avut spitalizări în ultimele 14 zile?

DA Dacă DA,

Unde?......................................................................................................................................................

NU

3. Ați avut contact cu mediul spitalicesc în ultimele 14 zile ( analize laborator, consult ambulator, însoțitor persoană bolnavă ) ?

DA NU

4. Locuiți în aceeași gospodărie cu un pacient confirmat cu COVID-19?

DA NU

5. Ați avut contact fizic direct cu un caz confirmat de COVID – 19 ( Ex. strângere de mână neurmată de igiena mâinilor)?

DA NU

6. V-ați aflat in aceeasi încăpere cu un caz de COVID – 19 timp de 15 minute și la o distanță mai mică de 2 m?

DA NU

1. Alte mențiuni ……………………………………………………………………………………………..
2. Subsemnatul/a mă oblig ca în cazul în care, după semnarea acestei Declarații pe proprie răspundere, voi intra în contact cu un caz confirmat Covid-19 sau cu persoane despre care cunosc că au călătorit în străinătate, să nu mai intru în contact cu personal medical, pacienți sau cu orice altă persoană, conștient fiind de consecințele ce se pot produce în acest caz, urmând să intreprind și să respect toate măsurile ce vor fi hotărâte de organele abilitate, în acel moment
3. Declar totodată că ințeleg pe deplin consecințele declarației mele și care prin semnarea acesteia sunt de acord pe deplin conștient că, în cazul în care cele declarate nu corespund adevărului sau sunt false și/sau incomplete, voi suporta toate consecințele asumate prin prezenta.

**Data:** ……………………… **Pacient:** …………………………

*(Semnătura)*