

## CHESTIONAR DE EVALUARE

**Subsemnatul(a)** \_\_\_\_\_,

Domiciliat (ă) în localitatea \_\_\_\_\_, strada \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, județul \_\_\_\_\_ posesor (posesoare) al (a) C.I. seria \_\_\_\_\_, nr \_\_\_\_\_, eliberat(ă) de \_\_\_\_\_, la data de \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_, în calitate de tutore/reprezentant legal al candidatului / candidatei \_\_\_\_\_ domiciliat (ă) în localitatea \_\_\_\_\_, strada \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, județul \_\_\_\_\_ posesor (posesoare) al (a) C.I. seria \_\_\_\_\_, nr \_\_\_\_\_, eliberat(ă) de \_\_\_\_\_, la data de \_\_\_\_\_,

cod numeric personal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Date de contact (telefon):** \_\_\_\_\_

1. V-ați întors, în ultimele 14 zile, din altă țară, în special din cele menționate în Hotărârea Comitetului Național pentru Situații de Urgență nr. 24/14.05.2020?

- NU                       DA (dacă răspunsul este afirmativ, menționați țara/data sosirii în România și detaliați dacă ați fost carantinat/izolat la domiciliu/testat )

---

---

2. Ați locuit/vizitat/tranzitat, în ultimele 14 zile, zone pe teritoriul național, care au fost declarate zone carantinate?

- NU                       DA (dacă răspunsul este afirmativ, menționați zona/locația și perioada/data)

---

---

3. Ați avut, în ultimele 14 zile, contact direct cu persoane suspecte/confirmate cu COVID-19 (la serviciu, în vecinătatea locuinței sau vizitând unități medicale ori alte genuri de locuri)?

- NU                       DA (dacă răspunsul este afirmativ, vă rugăm să detaliați)

---

---

4. Ați fost spitalizat în ultimele 14 zile?

- NU                       DA (dacă răspunsul este afirmativ, vă rugăm să detaliați)

---

---

5. Ați avut în ultimele 14 zile/aveți în prezent, una sau mai multe dintre următoarele simptome ?

• Febră	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> DA
• Dificultate de a înghiți	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> DA
• Dificultate de a respira	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> DA
• Tuse intensă/seacă	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> DA
• Temperatură peste 37,3 <sup>0</sup> C	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> DA

**Aviz important și acord:**

- Sunt conștient că refuzul de a completa chestionarul poate provoca eventualele amenințări la adresa sănătății publice a României;
- Declar că sunt de acord cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal, de către Centrul zonal de selecție și orientare Constanța în conformitate cu prevederile Legii nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a 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).
- Consimt ca, în cazul unei anchete epidemiologice, datele personale din prezentul chestionar să fie puse la dispoziția autorităților statului implicate în procesul de prevenire, combatere/tratare și investigare a infectării cu virusul COVID-19;
- Nerespectarea măsurilor privitoare la prevenirea sau combaterea bolilor infectocontagioase se sancționează conform art. 352 din Codul penal și art. 34 lit. m) din H.G. nr. 857/ 2011 privind stabilirea și sancționarea contravențiilor la normele din domeniul sănătății publice cu modificările și completările ulterioare;
- Am luat notă și sunt conștient de informațiile furnizate în acest chestionar;
- Declar că toate răspunsurile furnizate la întrebările de mai sus corespund în totalitate situației mele actuale.

Data: \_\_\_\_\_

Semnătura: \_\_\_\_\_