

CHESTIONAR DE EVALUARE

Nume: _____ **Prenume:** _____ **Data nașterii:** _____ **Locul nașterii:** _____
C.I.: Seria _____ **Nr.** _____ **Sexul:** Masculin Feminin

În cazul în care ați călătorit anterior cu 14 zile prezentării la Centrul Militar/ Centrul zonal de selecție și orientare, menționați țările, localitățile și perioada călătoriei: _____

Date de contact:
Nr. telefon: _____ E-mail: _____

- Ați locuit/ vizitat zone în care se aflau persoane suferinde de cauza infecției cu noul coronavirus (COVID-19) ?
 DA NU
- Ați avut contact direct cu persoane suferinde din cauza infecției cu noul coronavirus (COVID-19) la serviciu, în vecinătatea locuinței sau vizitând unități medicale ori alte genuri de locuri în ultimele 14 zile ?
 DA NU
- Ați fost spitalizat în ultimele 3 săptămâni ?
 DA NU

4. Ați avut una sau mai multe dintre următoarele simptome ?

• Febră	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
• Dificultate de a înghiți	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
• Dificultate de a respira	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
• Tuse intensă	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Aviz important și acord:

- Sunt conștient că refuzul de a completa chestionarul poate provoca eventualele amenințări la adresa sănătății publice a României.
- 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.
- 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.

Data: _____

Semnătura: _____