



SMIS 150520 - Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Capital Uman 2014-2020

Anexa nr. 3

CHESTIONAR COVID

Subsemnatul(a) _____,
 CNP _____, domiciliat(ă) în localitatea _____,
 str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, județul _____, telefon
 _____, e-mail _____, BI/CI seria _____ nr. _____
 eliberat de _____ la data de _____, cunoscând prevederile art. 326 din Codul
 penal cu privire la falsul în declarații și art. 352 din Codul penal cu privire la zădărnicierea combaterii
 bolilor, declar pe propria răspundere următoarele:

1. Sunteți bolnav de COVID-19 sau ați fost demonstrat pozitiv la testarea cu SARS-COV2 în ultimele 14 zile? DA NU
2. Ați avut nevoie de spitalizare în ultimele 14 zile? DA NU
3. Ați călătorit în ultimele 14 zile în străinătate, în alte state decât cele exceptate de la aplicarea măsurilor de carantină/izolare (zona verde)? DA NU
4. Ați interacționat în ultimele 14 zile cu persoane infectate cu Coronavirus SARS-COV2 (infecție COVID-19) sau care au prezentat simptomatologia specifică unui astfel de virus? DA NU
5. Ați avut în ultimele 14 zile unul din simptomele de mai jos?

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

Data: _____

Semnătura: _____

