

PROMED SYSTEM S.R.L.

OPERATOR DE DATE CU CARACTER PERSONAL

FORMULAR

În scopul împiedicării răspândirii virusului gripal COVID-19 dar și a celorlalte tipuri de gripă, pentru protejarea sănătății pacienților cu care interacționăm în incinta clinicii dar și a personalului medical/auxiliar din cadrul subscrisei, vă solicităm să răspundeți, *pe propria răspundere*¹, la următoarele întrebări:

1. V-ați deplasat în străinătate în ultimele două săptămâni? Dacă răspunsul este afirmativ, vă solicităm să ne precizați unde a fost efectuată deplasarea.

DA	NU

2. Ați interacționat în ultimele două săptămâni cu persoane infectate cu virusul gripal sau care au prezentat simptomatologia specifică unui astfel de virus?

DA	NU

3. Ați avut în ultimele două săptămâni una sau mai multe dintre următoarele simptome?

Febră	DA	NU
Dificultăți la înghițire	DA	NU
Dificultăți respiratorii	DA	NU
Tuse intensă	DA	NU

Data:

Nume și prenume:

Date de contact (nr. telefon, e-mail):

Semnătură:

¹NOTĂ

În măsura în care datele furnizate prin intermediul acestui formular nu corespund realității, vă facem cunoscut faptul că puteți fi trași la răspundere, în conformitate cu prevederile art. 322 Cod Penal, referitoare la falsul în înscrisuri sub semnătură privată, precum și în conformitate cu dispozițiile art. 352 Cod Penal, referitoare la zădărnicierea combaterii bolilor.

De asemenea, vă solicităm ca, în măsura în care intervin modificări față de cele completate în prezentul formular, să ni le comunicați în cel mai scurt timp posibil, în vederea împiedicării răspândirii virusului gripal COVID-19 dar și a celorlalte tipuri de gripă.

În final, vă informăm că datele dumneavoastră cu caracter personal vor fi prelucrate în scopul împiedicării răspândirii virusului gripal COVID-19 și a celorlalte tipuri de gripă.

Am luat la cunoștință de prevederile acestei note și sunt de acord cu acestea

Data:

Nume și prenume:

Date de contact (nr. telefon, e-mail):

Semnătură: