

**Către : Directia de Sanatate Publica Valcea**

Subsemnatul(a)

CNP:

cu domiciliul

de carantina in

aflat în carantină,

solicit acordul Dvs. pentru (se completeaza motivul solicitarii incetarii masurii de carantinare - de exemplu - test PCR negativ din data de):

Atașez urmatoarele documente:

Localitatea:

Data:

Date de contact: nr. telefon:

adresă email:

Conform HG 394/2020, cunoscând prevederile legale **declar** următoarele

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

În prezent nu prezint simptome asociate COVID-19

Cunosc și voi respecta măsurile de protecție individuale împotriva COVID-19

Cunosc prevederile legale referitoare la protecția datelor cu caracter personal și sunt de acord cu prelucrarea acestor date în condițiile Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

Localitatea:

Data:

Semnătura