

**SC Kardinal One Medical SRL**

**Sediu principal : Timisoara , str Razboieni 5/7 , jud. Timis Punct de lucru secundar: Ciacova, P-ta Cetatii 60-62 ,jud. Timis**

**Cod unic de inregistrare fiscala 39011692 Nr de inregistrare ONRC J35/801/2018**

**Cont IBAN Trezoreria Timisoara RO86TREZ6215069XXX026601 Cont IBAN BRD RO05BRDE360SV6611290360**

**Aviz Min Sanatatii nr XI/A/Reg.1/9230/NT/8346/18.09.2020 Autorizatie sanitara de functionare nr 20541/207/R /10.08.2020**

**Tel/fax 0256/399969 ; tel 0765211229 Email:** [**kardinalonemedical@gmail.com**](mailto:kardinalonemedical@gmail.com)

**DECLARATIE PE PROPRIA RASPUNDERE**

**pentru prevenirea si combaterea infectiilor cu coronavirus (COVID-19)**

**Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, , domiciliat(a) in */* resedinta actuala/ Loc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, str.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bloc \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_\_\_\_, Ap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, jud./Sector \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Tara \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, posesor al actului actului de identitate Pasaport /CI Seria \_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in calitate de pacient/a, declar ca dupa ce am luat la cunostinta ca furnizarea de informatii false si/sau incomplete, catre Kardinal One Medical , poate sa conduca la urmatoarele consecinte:**

**Condamnarea penala a subsemnatului la inchisoare pentru savarsirea infractiunilor prevazute la art. 326 - privind falsul in declaratii si art. 352 - privind zadarnicrea combaterii bolilor, sanctionate de Codul Penal al Romaniei, precum si orice alta infractiune prevazuta de Codul Penal sau legi speciale care ar putea rezulta din declararea necorespunzatoare a adevarului si / sau din declaratii incomplete;**

**Suportarea de catre subsemnatul a tuturor pagubelor si cheltuielilor cauzate unitatii sanitare ca urmare a perturbarii activitatii din masuri de carantina sau orice alte masuri care se vor impune generate de raspandirea COVID-19;**

1. **Declar pe proprie raspundere, sub santiunile prevazute de Codul Penal al Romaniei, privind declaratiile neadevarate, urmatoarele:**

* **In ultima luna calendaristica nu am calatorit in strainatate;**
* **Nicio ruda de-ale mele, pana la gradul 4 inclusiv (parinti, bunici, frate, sora, unchi, matusa, nepot, var)cu care am contacte sociale si nici sotul/sotia/concubinul/concubina sau orice alta persoana cu care locuiesc sau cu care am intrat in contact in ultima luna calendaristica nu au calatorit in strainatate,nu se afla in procedura de izolare sau carantina si nu a fost diagnosticata cu COVID 19 in ultimele 30 zile .**
* **Nu am cunostinta sa fi intrat in contact cu persoane care au calatorit in strainatate in ultimele 30 zile .**
* **In ultimele 30 zile nu am intrat in contact cu persoane confirmate COVID 19 pozitive, aflate in izolare sau in carantina .**
* **Nu ma aflu in derularea procedurii de izolare la domiciliu sau carantina**
* **Nu am cunostiinta ca persoanele din anturajul meu social/profesional sa fi intrat in contact cu persoane confirmate Covid 19 pozitive sau cu persoane aflate in izolare sau carantina .**

1. **Mentiuni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**C. Subsemnatul/a ma oblig ca in cazul in care, dupa semnarea acestei Declaratii pe proprie raspundere, voi intra in contact cu persoane despre care cunosc ca au calatorit in strainatate ,sunt izolate la domiciliu,respectiv in carantina sau au fost confirmate cu COVID 19 , sa nu mai intru in contact cu personal medical, pacienti sau cu orice alte persoane, constient fiind de consecintele ce se pot produce in acest caz, urmand sa anunt imediat medicul de familie si DSP Timis la nr de telefon 0728885726 despre acest aspect, si sa intreprind / respect toate masurile ce vor fi hotarate de organele abilitate, la acel moment.**

1. **Declar totodata ca inteleg pe deplin consecintele declaratiei mele si ca prin semnarea acestuia sunt de acord si pe deplin constient ca, in cazul in care cele declarate nu corespund adevarului sau sunt false si/sau incomplete, voi suporta toate consecintele asumate prin prezenta declaratie.**

**Declaratie data si semnata azi……………………………….la ora …………….in fata personalului medical al Kardinal One medical ,reprezentat prin :**

**Asistent ……………………………………………………………………….**

**Medic …………………………………………………………………………**

**Pacient**

**Nume si prenume ……………………………………….**

**Semnatura ………………………………………………**