

2

DECLARAȚIE

Subsemnatul/a ,CNP.....
identificat (ă) cu BI/CI seria domiciliat (ă) în localitatea.....
str..... nr..... bl. , sc. , ap. , județ/sector.....
..... declar pe proprie răspundere că documentele depuse la dosar în copie sunt
conforme cu originalul.

Menționez că nu dețin documentele în original întrucât :

.....
.....
.....
.....

Data

Semnătura

DECLARATIE

3

Subsemnatul

NUME si PRENUME: _____

INITIALA TATALUI: _____

CNP _____ TELEFON: _____

Declar pe proprie raspundere ca adresa mea de corespondenta este:

aceeasi cu adresa de domiciliu;

alta, si anume:

Declar pe proprie raspundere ca sunt de acord ca datele mele personale sa fie utilizate in cadrul cabinetelor de expertiza medicala a capacitatii de munca pentru toate aspectele legate de activitatile specifice ale acestor cabinete, in concordanta cu prevederile Regulamentului (UE) nr.679/2016 al Parlamentului European si al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal si privind libera circulatie a acestor date

Data

Semnatura

Chestionar
model

În scopul prevenirii și limitării îmbolnăvirii cu Coronavirus SARS-CoV-2, pentru protejarea dumneavoastră și a personalului medical cu care interacționați în cadrul cabinetului stomatologic, vă solicităm să completați, pe propria răspundere, prezentul chestionar.

- V-ați deplasat în străinătate în ultimele 14 zile? Dacă ați făcut o astfel de deplasare, precizați în ce zonă.
DA NU
- Ați interacționat în ultimele 14 zile cu persoane infectate cu Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) sau care au prezentat simptomatologia specifică unui astfel de virus?
DA NU
- Ați avut în ultimele 14 zile una sau mai multe dintre următoarele simptome:

| | | |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 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"/> |
| Dureri musculare | DA <input type="checkbox"/> | NU <input type="checkbox"/> |
| Tuse intensă | DA <input type="checkbox"/> | NU <input type="checkbox"/> |

Am luat cunoștință de faptul că nerespectarea măsurilor privitoare la prevenirea sau combaterea bolilor infectocontagioase se sancționează conform art. 352 din Codul penal și a 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 nașterii: __/__/____

Nume și prenume: _____

Data completării: __/__/____

(semnătură)

CHESTIONAR ANTECEDENTE

NUME SI PRENUME

CATE CLASE ATI TERMINAT: _____

PROFESIA (CE SCRIE PE DIPLOMA : DACA NU AVETI DIPLOMA, SRIETI NECALIFICAT):

OCUPATIA(CE ATI LUCRAT DE FAPT) : _____

CE SUBSTANTE TOXICE/ NOXE ATI AVUT LA SERVICIU(EX: VAPORI, SUBSTANTE TOXICE
TEMPERATURI INALTE, LUCRUL IN EXTERIOR, LA INALTIME, ZGOMOT MARE, RIDICARE SAU
DEPLASARE DE GREUTATI, ETC)

CE BOLI AU AVUT PARINTII, BUNICII SAU FRATII/SURORILE:

- MAMA: _____
- TATAL: _____
- FRATI: _____
- SURORI: _____

PRIVIND CONSUMUL DE ALCOOL: CONSUMATI ZILNIC? BIFATI: DA SAU NU

PRIVIND FUMATUL: BIFATI DA SAU NU

SEMNATURA

DECLARATIE COMPLETARE CERERI SI CHESTIONARE

SUBSEMNETUL/A :

NUME SI PRENUME: _____

IN CALITATE DE _____

DECLAR CA AM COMPLETAT URMATOARELE DOCUMENTE:

- 1. CHESTIONAR EPIDEMIOLOGIC;
- 2. DECLARATIE ADRESA CORESPONDENTA SI INITIALA TATALUI ;
- 3. CERERE DE EXPERTIZARE A CAPACITATII DE MUNCA
- 4. DELARATIE DE CONFORMITATE CU ORIGINALUL
- 5. RASPUNS CHESTIONAR ANTECEDENTE

LA CEREREA/PENTRU :

NUME:

PRENUME

CNP:

INTRUCAT ACESTA NU POATE /NU STIE SA SCRIE.

DOCUMENTELE SUSMENTIONATE AU FOST SEMNATE/AMPRENTATE DE TITULAR.

DATA

54

SEMNETURA