Model declarație pentru solicitarea certificatului de concediu medical pentru carantină, în conformitate cu prevederile Legii 136/2020 privind instituirea unor măsuri în domeniul sănătății publice în situații de risc epidemiologic și biologic.

Model realizat de Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie pentru uzul cabinetelor de medicina familiei.

1. ***Se completează de persoana care solicită eliberarea certificatului de concediu medical:***

**DECLARAȚIE**

Subsemnatul(a) …………………………………………………………………………………………………………………………………, legitimat(ă) cu C.I./B.I.seria …… nr. …………………, CNP: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_, domiciliat(ă) în localitatea ………………….........……………, județul ………………………………………………, număr de telefon:

………………………………………………, adresă e-mail ………………………………………@……………………………….

**prin prezenta declar pe propria răspundere că:**

[ ] am istoric de călătorie în țara ………………………………………, în perioada …………………………………………, regiunea/orașul …………………………………………….., cu revenire în România în data de …………………………, prin punctul de frontieră (aeroport/terestru) …………………………………….

[ ] sunt contact direct cu o persoană confirmată cu SARS-CoV-2, prin testare cu metoda RT-PCR (numele contactului) ………………………………………………………………………………………………...

**Declar** că mi s-a recomandat telefonic în data de ....................... de către Direcția de Sănătate Publică din județul/Municipiul …………………………………………………… izolarea în perioada ........................................

și că **DSP a refuzat să îmi elibereze un document/certificat doveditor pentru a-l prezenta medicului**.

**Declar că am luat cunoștință de prevederile [art. 326 din Codul penal](http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/223635) cu privire la „Falsul în declarații’’.** Atașez prezentei copia B.I/C.I.

Dau prezenta declarație pe proprie răspundere pentru a mi se emite de către medicul de familie certificatul de concediu medical pentru perioada …………………………………………………………………..............

Data: ……………………. Semnătura asigurat: ……………………

1. ***Se completează de medicul de familie:***

Subsemnatul(a), ………………………………………………………………………………………………………, medic de familie al doamnei/domnului ……………………………………………………………………………………, declar că am luat la cunoștință cele de mai sus și **solicit** Direcției de Sănătate Publică …………………………………………………….............…...........

**înregistrarea** prezentei declarații, **emiterea certificatului/documentului/deciziei DSP** și transmiterea electronică în termen de 24 de ore pe adresa de e-mail a declarantului și pe adresa cabinetului medical

……………………….........................…………………@……………………………………… .

Precizez că fac această solicitare în baza prevederilor Art. 20, alin. (3) și (4) din Legea nr. 136/2020, Art. 20, alin. (1) din OUG 158/2005, Art. 37, alin. (1) din Norme aplicare OUG 158/2005 aprobate prin Ordinul 15/2018/1.311/2017 și Art. 11, punctul 6, paragraful 4 din Ordinul 1.092/745/2020 pentru a fi apt de a elibera certificatul de concediu medical pentru carantină în termenele legale impuse de legislația în vigoare.

Data: ............................ Semnătura medic de familie: ...........................

Datele cu caracter personal colectate prin prezentul document vor fi prelucrate în conformitate cu prevederile [Regulamentului 2016/679](http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/201834) al Parlamentului European și al Consiliului: [art. 6 alin. 1 lit. c),](http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/201834) d) și e), respectiv [art. 9 alin. 2 lit. g)](http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/201834), h) și i), din motive de interes public în domeniul sănătății publice, în scopul asigurării protejării populației împotriva unei amenințări transfrontaliere grave la adresa sănătății.