

## ANEXA A

**CERERE DE INCLUDERE ÎN CADRUL PROIECTULUI  
„TESTĂM PENTRU BUCUREȘTI!”.****PARTEA I**

Subsemnatul/Subsemnata \_\_\_\_\_, domiciliat/ă în Municipiul București, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_ sc \_\_\_\_\_, ap \_\_\_\_\_, sector \_\_\_\_\_, sex \_\_\_\_\_ telefon \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, identificat/ă cu cod numeric personal \_\_\_\_\_, solicit înscrierea în cadrul proiectului „**TESTĂM PENTRU BUCUREȘTI!**” și completez prezenta cerere de înscriere.

Menționez că rezultatul testării este necesar în scopul efectuării sejurului în \_\_\_\_\_ (țara) în perioada \_\_/\_\_/2020 - \_\_/\_\_/2020.

## Anexe :

- Carte de identitate
- Copie bilet avion, bilet tren, rezervare hoteliera, etc. sau în lipsa acestora declaratie notarială pentru solicitant și minorul/ii care îl/i însoțesc în care se va preciza data sejurului.

**PARTEA II- DECLARAȚIE DE ELIGIBILITATE**

Declar pe propria răspundere cunoscând sancțiunile prevăzute la Art. 322, Art. 323 și Art. 326 Cod Penal aplicate faptei de fals și uz de fals, că:

DA	NU	
		Prezintă debut <b>de febră ȘI tuse</b>
		Prezintă debut brusc al <b>ORICĂROR 3 SAU MAI MULTE</b> dintre următoarele semne și simptome: febră, tuse, astenie, cefalee, mialgii, dureri în gât, coriză, dispnee, anorexie/grețuri/vărsături, diaree, status mental alterat, etc.;
		Prezintă <b>pneumonie, bronhopneumonie +/- pleurezie;</b>
		Prezintă <b>infecție respiratorie acută severă (SARI)</b> (febră sau istoric de febră <b>ȘI</b> tuse <b>ȘI</b> dificultate în respirație ( <b>scurtarea respirației</b> )) <b>ȘI</b> care necesită spitalizare peste noapte)
		Prezintă debut recent de anosmie (pierderea mirosului) sau ageuzie (pierderea gustului) în absența unei cauze identificate;
		M-am aflat în contact direct cu un caz confirmat cu COVID-19 în perioada de 14 zile anterioare;
		<b>Am fost testat în proiectul ”Testăm pentru București!”</b>

### **PARTEA III – DECLARAȚIE DE CONȘIMȚĂMÂNT**

Declar prin prezenta că sunt de acord:

- ✓ în conformitate cu prevederile Legii 190/2018 privind măsurile de punere în aplicare a Regulamentului (UE) nr. 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), am luat la cunoștință că Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București (A.S.S.M.B.) are obligația legală de a-mi administra, prelucra și porta în condiții de siguranță datele mele personale, pe care le furnizez și pe care instituția, mai sus numită, le furnizează, la rândul său, terților, în scopul aducerii la îndeplinire a Proiectului **``Testăm pentru București!``**.
- ✓ Datele cu caracter personal care fac obiectul prezentei declarații vor fi utilizate, în vederea executării contractelor de către A.S.S.M.B și prestatorul de servicii medicale, care efectuează procedurile medicale în cadrul proiectului **``Testăm pentru București!``** și implicit în vederea decontării acestora către unitatea medicală de specialitate. Astfel, îmi exprim acordul ca A.S.S.M.B și/sau prestatorul de servicii medicale să stocheze și să prelucreze rezultatele procedurii pentru care aplic în cadrul proiectului, pentru perioada prevăzută de legislația în materie.
- ✓ Am luat la cunoștință că retragerea prezentului acord va avea drept efect, imposibilitatea de ducere la îndeplinire a drepturilor și obligațiilor A.S.S.M.B., în ceea ce mă privește, pe perioada de derulare a Proiectului și implicit, încetarea relațiilor generate de contractul încheiat cu A.S.S.M.B., cu toate consecințele ce pot deriva dintr-o astfel de încetare, fără ca A.S.S.M.B. să poată fi tras la răspundere dacă o astfel de încetare este cauzată de retragerea prezentului acord privind prelucrarea datelor mele cu caracter personal.
- ✓ Sunt de acord să primesc pe adresa de e-mail informații despre campaniile, programele și proiectele desfășurate de A.S.S.M.B.
- ✓ Sunt de acord cu testare voluntară pentru depistarea infectării cu virusul COVID-19”;
- ✓ Sunt de acord ca prestatorul de servicii medicale să comunice către A.S.S.M.B. rezultatele testării și informații cu privire la testare;
- ✓ Sunt de acord cu prelucrarea rezultatelor și transmiterea acestora către instituțiile responsabile cu monitorizarea pandemiei (ex. INS, DSP, etc.)
- ✓ Asum că în situația în care voi fi depistat POZITIV voi respecta toate formalitățile și procedurile de lucru impuse de organele și instituțiile abilitate în monitorizarea și tratarea pacienților cu COVID-19.

Data completării: \_\_\_\_\_

Semnatura \_\_\_\_\_