

ステートメント
DECLARAȚIE

保健局が決めた措置

Măsura dispusă de D.S.P. : <input type="checkbox"/> Trimitere spre spital; 入院	<input type="checkbox"/> carantinare instituționalizată; 施設検疫	<input type="checkbox"/> izolare la adresa declarată 指定した住所での隔離	Semnătură DSP: 保健局係官署名
--	---	---	---------------------------

Nume: 名字	Prenume: 名前
C.N.P. 個人番号	Data nașterii (pentru cetățeni straini): ziua 日 luna 月 anul 年 外国人の場合、生年月日

Țara de plecare 出発した国

Declar pe propria răspundere că: 責任を持って以下の通り宣言します

* am luat la cunoștință de faptul că, pentru a preveni răspândirea pe teritoriul României a virusului Covid-19, am obligația de a mă supune procedurilor de izolare/carantinare/internare, după caz; ルーマニア国ニアでCOVID-19の拡散予防のため、ケースバイケースで決まる隔離・検疫・入院の措置に従う必要があることを承知しました

* pentru **punerea în aplicare a măsurii izolării/carantinării**, după părăsirea perimetrului punctului de trecere a frontierei, mă voi deplasa pe **cea mai scurtă rută** la următoarea adresă: 検疫・隔離の措置の実施のため、国境点を出てから最短ルートで以下の住所に移動します : localitatea 町str. 通り名nr. 番地bl. アパート.(棟)ap. 部屋番号sector/județ セクター又は県.....;

* sunt de acord ca datele cu caracter personal și informațiile furnizate să fie prelucrate de către autoritățile competente;
以上の個人データと情報が関係当局に処理されることに賛成します

*am luat la cunoștință de prevederile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații și cele ale art. 352 din Codul Penal cu privire la zădărnicierea combaterii bolilor.
刑事法の326条(嘘の陳述)と352条(感染症拡散予防にたいする妨害行為)について承知しています。

Pe perioada șederii în România pot fi contactat la: ルーマニアでの滞在の間以下の電話番号などに連絡可能です
Telefon: 電話番号 _____

Semnătura

署名

Data

日付