



Spitalul Oraşenesc "Ioan Lascăr"  
Comăneşti

**ANEXA 1**

Str. Vasile Alecsandri, nr. 1, CP 605200  
Or. Comăneşti, jud. Bacău

**Formularul de însoţire a probei recoltate LA CERERE pentru detectare COVID 19**

**Tip investigaţie solicitată:**

**detectie SARS-CoV-2 prin RT-PCR – LA CERERE**

**Către laboratorul RT-PCR – Spitalul Oraşenesc "Ioan Lascăr" Comăneşti**

Probă la cerere  Probă conform metodologiei INSP/OMS

Numele \_\_\_\_\_;

Prenumele \_\_\_\_\_;

Adresa de rezidenţă: \_\_\_\_\_, localitatea \_\_\_\_\_, Judeţul \_\_\_\_\_

CNP : | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Vârsta: \_\_\_\_\_;

Număr de telefon mobil \_\_\_\_\_;

Adresa de e-mail: \_\_\_\_\_;

Personalul medico-sanitar:

Medic: \_\_\_\_\_;

Asistent: \_\_\_\_\_;

Ambulanţier: \_\_\_\_\_;

Infirmier: \_\_\_\_\_;

Altele: \_\_\_\_\_;

Data recoltării probei: \_\_\_\_\_;

Tipul probei prelevate: Exudat nazal/exudat faringian

Aspirat traheo-bronşic

Fragmente necroptice de pulmon

Data trimiterii probei către laborator: \_\_\_\_\_;

RECOLTAT / ÎNTOCMIT ... Asistent \_\_\_\_\_

FORMULARUL SE VA COMPLETA CU MAJUSCULE

**DECLARAȚIE - ACORD**  
pentru prelucrarea datelor cu caracter personal

Subsemnatul(a) ....., cod numeric personal ....., născut(ă) la data de ....., în localitatea ....., domiciliat(ă) în (sat, comuna, oraș, mun.) .....str. ...., nr. ...., bloc. ...., sc. ...., ap. ...., jud.. ....., posesor al C.I. seria ....., nr. ...., eliberată de ....., la data de .....

DECLAR CĂ:

Am fost informat(ă) cu privire la prevederile Regulamentului nr.679/27 aprilie 2016 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) adoptat de Parlamentul European și Consiliul Uniunii Europene.

Am fost informat(ă) că, în conformitate cu prevederile Legii nr.677/2001, cu modificările și completările ulterioare, beneficiaz de dreptul de acces, de intervenție asupra datelor mele și de dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale.

Am fost informat(ă) că datele mele cu caracter personal precum și ale copilului/copiilor meu(i) minor(i) urmează să fie prelucrate și stocate în cadrul Spitalului Orășenesc "IOAN LASCĂR" Comănești cu sediul în str. Vasile Alecsandri, nr. 1, jud. Bacău.

Am fost informat(ă) că prelucrarea datelor mele cu caracter personal este necesară în vederea îndeplinirii obligațiilor legale ce îmi revin Spitalului Orășenesc "IOAN LASCĂR" Comănești, precum și în scopul intereselor și drepturilor ce îmi revin. Am fost informat(ă) că datele mele cu caracter personal sunt comunicate autorităților publice precum și altor instituții abilitate.

Am fost informat(ă) că în scopul unei prelucrări exacte a datelor mele cu caracter personal, am obligația de a aduce la cunoștința operatorului, respectiv Spitalului Orășenesc "IOAN LASCĂR" Comănești orice modificare survenită asupra datelor mele personale.

Am fost informat(ă) că am dreptul să îmi retrag consimțământul în orice moment printr-o cerere scrisă, întemeiată, datată și semnată la sediul operatorului, exceptând cazul în care prelucrarea datelor mele cu caracter personal este necesară pentru îndeplinirea obligațiilor legale ce îmi revin operatorului precum și în scopul intereselor și drepturilor ce îmi revin.

În consecință, îmi dau consimțământul pentru prelucrarea, transmiterea și stocarea datelor cu caracter personal în cadrul Spitalului Orășenesc "IOAN LASCĂR" Comănești, precum și instituțiilor abilitate.

Data ....., Semnătura

## Anexa 2

Formularul de însoțire a probei recoltate de la cazul SUSPECT / CONFIRMAT COVID-19  
sau de la alte categorii de persoane

Tip investigație solicitată: detecție SARS-CoV-2 prin RT-PCR

Solicitant probă (DSP / spital / laborator / SAJ, SABIF/cabinet medical) \_\_\_\_\_

Către laboratorul \_\_\_\_\_

Proba la cerere  Proba conform metodologiei INSP

Nume: \_\_\_\_\_

Prenume: \_\_\_\_\_

Adresa de rezidență: \_\_\_\_\_

Adresa de domiciliu: \_\_\_\_\_

CNP: | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Vârsta: \_\_\_\_\_

Nr. telefon mobil: \_\_\_\_\_

Adresa e-mail: \_\_\_\_\_

Personal medico-sanitar:

- Medic
- Asistent
- Ambulantier
- Infirmier
- Altele

Data recoltării probei: \_\_\_\_\_

Tipul probei prelevate:

- exudat nazal / exsudat faringian
- aspirat traheo-bronșic
- fragmente necrotice de pulmon

Data trimiterii probei către laborator: \_\_\_\_\_

RECOLTAT / ÎNTOCMIT \_\_\_\_\_