

DOMNULE MANAGER,

Subsemnatul.....apartinatorul pacientului
internat in SECTIA PAVILONUL/ COMPARTIMENT..... din cadrul
Spitalului Clinic de Boli Infectioase” Sf.Parascheva”Iasi, rog, prin prezenta, sa aprobat vizita
pentru 10 minute, conform programarii stabilite.

Declara pe propria raspundere ca:

- ☐ Am schema completa de vaccinare anti COVID DA NU

Sau

- ☐ TEST RT-PCR- **negativ** – nu mai vechi de 72 h

Sau

- ☐ Test antigen rapid COVID - **negativ** - nu mai vechi de 24 h

Imi asum orice consecinta care decurge din aceasta actiune.

Data:

Semnatura,