

## Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu"

Bulevardul Basarabia, nr. 21, Sector 2, Bucuresti  
Nr. ord. Reg. Com. Autorizație DIP. 63/26.06.1993, A.F. /C.U.I 4283759  
Cont: RO55TREZ70221F335000XXXX, Trezoreria Sector 2  
Tel. 031.4136700; Urgențe - Tel. 031.4136706; Fax: 0213212162  
NR. REGISTRU ANSPDCP 1797, ISO 9001:2015  
Email: [secretariat@spitalgomoiu.ro](mailto:secretariat@spitalgomoiu.ro), [www.spitalgomoiu.ro](http://www.spitalgomoiu.ro)

### CERERE pentru înscriere la selecția dosarelor, angajare fără concurs pe perioadă determinată, personal contractual, în baza art. 11 din Legea nr. 55/2020 privind unele măsuri pentru prevenirea și combaterea efectelor pandemiei de COVID-19

Subsemnatul(a), .....,  
cu domiciliul în localitatea ....., str.  
..... nr. ...., ap. ...., județul ....., telefon  
....., mobil ....., posesor/posesoare al/a C.I. seria ..... nr. ....,  
eliberat de ..... la data de ....., vă rog să îmi aprobați depunerea  
dosarului pentru angajarea pe perioadă determinată, conform art. 11 din Legea  
nr. 55/2020 privind unele măsuri pentru prevenirea și combaterea efectelor  
pandemiei de COVID-19, pe postul de .....  
din cadrul Compartimentului .....

Dosarul de înscriere la selecție conține următoarele documente:

.....  
.....  
.....

Data .....

Semnătura .....

## Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu"

Bulevardul Basarabia, nr. 21, Sector 2, Bucuresti  
Nr. ord. Reg. Com. Autorizație DIP. 63/26.06.1993, A.F. /C.U.I 4283759  
Cont: RO55TREZ70221F335000XXXX, Trezoreria Sector 2  
Tel. 031.4136700; Urgențe - Tel. 031.4136706; Fax: 0213212162  
NR. REGISTRU ANSPDCP 1797, ISO 9001:2015  
Email: [secretariat@spitalgomoiu.ro](mailto:secretariat@spitalgomoiu.ro), [www.spitalgomoiu.ro](http://www.spitalgomoiu.ro)

### C E R E R E   A N G A J A R E

Funcția solicitată: \_\_\_\_\_

Date personale	
Numele:	Prenumele:
Adresa:	Nr. de telefon:
Data nașterii:	Locul nașterii:
Starea civilă:	Copii:
Stagiul militar:	

Studii generale și de specialitate:  
Studii medii liceale sau postliceale:

Instituția	Perioada	Diploma obținută

Studii superioare de scurtă durată:

Instituția	Perioada	Diploma obținută

## Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu"

Bulevardul Basarabia, nr. 21, Sector 2, Bucuresti  
 Nr. ord. Reg. Com. Autorizație DIP. 63/26.06.1993, A.F. /C.U.I 4283759  
 Cont: RO55TREZ70221F335000XXXX, Trezoreria Sector 2  
 Tel. 031.4136700; Urgențe - Tel. 031.4136706; Fax: 0213212162  
 NR. REGISTRU ANSPDCP 1797, ISO 9001:2015  
 Email: [secretariat@spitalgomoiu.ro](mailto:secretariat@spitalgomoiu.ro), [www.spitalgomoiu.ro](http://www.spitalgomoiu.ro)

### Studii superioare de lungă durată:

Instituția	Perioada	Diploma obținută

### Studii postuniversitare, masterat sau doctorat:

Instituția	Perioada	Diploma obținută

### Alte tipuri de studii:

Instituția	Perioada	Diploma obținută

### Limbi străine (slab, bine, foarte bine)\*):

Scris	Citit	Vorbit

\*) Se va menționa și limba maternă, acolo unde este cazul.

Cunoștințe operare calculator:

## Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu"

Bulevardul Basarabia, nr. 21, Sector 2, Bucuresti  
 Nr. ord. Reg. Com. Autorizație DIP. 63/26.06.1993, A.F. /C.U.I 4283759  
 Cont: RO55TREZ70221F335000XXXX, Trezoreria Sector 2  
 Tel. 031.4136700; Urgențe - Tel. 031.4136706; Fax: 0213212162  
 NR. REGISTRU ANSPDCP 1797, ISO 9001:2015  
 Email: [secretariat@spitalgomoiu.ro](mailto:secretariat@spitalgomoiu.ro), [www.spitalgomoiu.ro](http://www.spitalgomoiu.ro)

### Cariera profesională:

Perioada	Instituția/Firma	Funcția deținută	Principalele responsabilități

Detalii despre ultimul loc de muncă (Se vor menționa calificativele acordate la evaluarea performanțelor profesionale în ultimii 2 ani, dacă este cazul.):

### Persoane de contact pentru recomandări:

Nume și prenume	Instituția	Funcția	Nr. de telefon

Declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele furnizate în acest formular sunt adevărate și nu mă aflu în una dintre situațiile de incompatibilitate prevăzute de lege pentru funcționarii publici.

Data .....

## Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu"

Bulevardul Basarabia, nr. 21, Sector 2, Bucuresti  
Nr. ord. Reg. Com. Autorizație DIP. 63/26.06.1993, A.F. /C.U.I 4283759  
Cont: RO55TREZ70221F335000XXXX, Trezoreria Sector 2  
Tel. 031.4136700; Urgențe - Tel. 031.4136706; Fax: 0213212162  
NR. REGISTRU ANSPDCP 1797, ISO 9001:2015  
Email: [secretariat@spitalgomoiu.ro](mailto:secretariat@spitalgomoiu.ro), [www.spitalgomoiu.ro](http://www.spitalgomoiu.ro)

### DECLARAȚIE \*) pe propria răspundere privind antecedentele penale

Subsemnatul(a), .....,  
posesor/posesoare al/a C.I. seria ..... nr. ...., eliberată de .....  
la data de ....., domiciliat(ă) în .....,  
cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul în declarații, declar pe  
propria răspundere că nu am antecedente penale și nu fac obiectul niciunei  
proceduri de cercetare sau de urmărire penală.

Data .....

Semnătura .....

\*) Prezenta declarație este valabilă până la momentul depunerii cazierului judiciar, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

## Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu"

Bulevardul Basarabia, nr. 21, Sector 2, Bucuresti  
Nr. ord. Reg. Com. Autorizație DIP. 63/26.06.1993, A.F. /C.U.I 4283759  
Cont: RO55TREZ70221F335000XXXX, Trezoreria Sector 2  
Tel. 031.4136700; Urgențe - Tel. 031.4136706; Fax: 0213212162  
NR. REGISTRU ANSPDCP 1797, ISO 9001:2015  
Email: [secretariat@spitalgomoiu.ro](mailto:secretariat@spitalgomoiu.ro), [www.spitalgomoiu.ro](http://www.spitalgomoiu.ro)

### DECLARAȚIE pe propria răspundere

Subsemnatul(a), .....,  
posesor/posesoare al/a C.I. seria ..... nr. ...., eliberată de .....  
la data de ....., domiciliat(ă) în .....

.....  
declar pe propria răspundere că sunt/nu sunt încadrat/încadrată la o altă instituție publică sau privată și, în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătății nr. 414/2020 privind instituirea măsurii de carantină pentru persoanele aflate în situația de urgență de sănătate publică internațională determinată de infecția cu COVID-19 și stabilirea unor măsuri în vederea prevenirii și limitării efectelor epidemiei, cu modificările și completările ulterioare, nu mă aflu în situația de carantină sau izolare la domiciliu și am luat cunoștință de prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul în declarații și de cele ale art. 352 din Codul penal cu privire la zădărnicierea bolilor.

Data .....

Semnătura .....

## DECLARAȚIE

privind conținutul dosarului de candidatură

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, având CNP  
\_\_\_\_\_, domiciliat/ă în \_\_\_\_\_, str.  
\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, posesor al CI,  
seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_ la data de  
\_\_\_\_\_, telefon fix: \_\_\_\_\_, telefon mobil  
\_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_, ca și aplicant/ă  
pentru postul de \_\_\_\_\_ în cadrul  
\_\_\_\_\_ din structura Spitalului  
Clinic de Copii „Dr. Victor Gomoiu”, cunoscând dispozițiile articolului 326 din Codul Penal cu  
privire la falsul în declarații, declar pe proprie răspundere că **informațiile cuprinse în dosarul  
de candidatura depus și informațiile cuprinse în Curriculum Vitae corespund experienței  
mele profesionale .**

Dau prezenta declarație fiindu-mi necesară la dosarul de înscriere la procesul de recrutare  
/ selecție pentru postul de \_\_\_\_\_ în cadrul  
\_\_\_\_\_ din structura Spitalului Clinic  
de Copii „Dr. Victor Gomoiu”.

Data,

\_\_\_\_\_

Semnătura ,

\_\_\_\_\_

## DECLARAȚIE DE CONSIMȚĂMÂNT

Subsemnatul/a, \_\_\_\_\_,  
având CNP \_\_\_\_\_, declar pe propria răspundere că îmi dau acordul  
cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor mele personale în vederea verificării informațiilor  
furnizate în cadrul procedurii de selecție și recrutare în vederea ocupării unui post vacant de  
\_\_\_\_\_ în cadrul  
\_\_\_\_\_ din structura Spitalului  
Clinic de Copii „Dr. Victor Gomoiu”, iar aceste date corespund realității.

Am luat la cunoștință că datele cuprinse în acest formular vor fi tratate confidențial, în  
conformitate cu prevederile Directivei CE/95/46 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce  
privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, transpusă prin  
Legea nr. 677/2001 privind protecția persoanelor la prelucrarea datelor cu caracter personal și  
libera circulație a acestor date cu modificările și completările ulterioare, precum și prevederile  
Directivei 2002/58/CE privind prelucrarea datelor cu caracter personal și protecția vieții private  
în sectorul comunicațiilor electronice, transpuse prin Legea nr. 506/2004.

Data,

\_\_\_\_\_

Semnătura,

\_\_\_\_\_



## Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu"

Bulevardul Basarabia, nr. 21, Sector 2, Bucuresti  
Nr. ord. Reg. Com. Autorizație DIP. 63/26.06.1993, A.F. /C.U.I 4283759  
Cont: RO55TREZ70221F335000XXXX, Trezoreria Sector 2  
Tel. 031.4136700; Urgențe - Tel. 031.4136706; Fax: 0213212162  
NR. REGISTRU ANSPDCP 1797, ISO 9001:2015  
Email: [secretariat@spitalgomoiu.ro](mailto:secretariat@spitalgomoiu.ro), [www.spitalgomoiu.ro](http://www.spitalgomoiu.ro)

### DECLARAȚIE

privind situațiile prevăzute la art. 6 din O.U.G. nr. 109/2011

Subsemnatul/a, \_\_\_\_\_ având  
CNP \_\_\_\_\_, domiciliat/ă în \_\_\_\_\_, str.  
\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, posesor al CI,  
seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_ la data de  
\_\_\_\_\_, telefon fix: \_\_\_\_\_, telefon mobil \_\_\_\_\_, e-  
mail: \_\_\_\_\_, ca și applicant/ă pentru postul de  
\_\_\_\_\_ în cadrul

\_\_\_\_\_ din structura Spitalului  
Clinic de Copii „Dr. Victor Gomoiu”, cunoscând dispozițiile articolului 292 din Codul  
Penal cu privire la falsul în declarații, declar pe proprie răspundere că **nu mă aflu întruna  
din situațiile prevăzute la art. 6 din O.U.G. nr. 109/2011** (nu sunt incapabil/ă și nu am  
fost condamnat/ă pentru infracțiuni contra patrimoniului prin nesocotirea încrederii,  
infracțiuni de corupție, delapidare, infracțiuni de fals în înscrisuri, evaziune fiscală,  
infracțiuni prevăzute de Legea nr. 656/2002 pentru prevenirea și sancționarea spălării  
banilor, precum și pentru instituirea unor măsuri de prevenire și combatere a finanțării  
terrorismului) și **nici nu am suferit o condamnare pentru vreo infracțiune legată de  
conduita profesională.**

Dau prezenta declarație fiindu-mi necesară la dosarul de înscriere la procesul de  
recrutare / selecție pentru postul de \_\_\_\_\_ în cadrul  
\_\_\_\_\_ din structura Spitalului  
Clinic de Copii „Dr. Victor Gomoiu”.

Data,

\_\_\_\_\_

Semnătura,

\_\_\_\_\_

## Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu"

Bulevardul Basarabia, nr. 21, Sector 2, Bucuresti  
Nr. ord. Reg. Com. Autorizație DIP. 63/26.06.1993, A.F. /C.U.I 4283759  
Cont: RO55TREZ70221F335000XXXX, Trezoreria Sector 2  
Tel. 031.4136700; Urgențe - Tel. 031.4136706; Fax: 0213212162  
NR. REGISTRU ANSPDCP 1797, ISO 9001:2015  
Email: [secretariat@spitalgomoiu.ro](mailto:secretariat@spitalgomoiu.ro), [www.spitalgomoiu.ro](http://www.spitalgomoiu.ro)

### DECLARAȚIE

privind adeverinta de integritate comportamentală

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_,  
având CNP \_\_\_\_\_, domiciliat/ă în \_\_\_\_\_, str.  
\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_,  
posesor al/a C.I., seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, eliberat/ă de \_\_\_\_\_  
La data de \_\_\_\_\_, telefon fix: \_\_\_\_\_, telefon mobil \_\_\_\_\_,  
e-mail: \_\_\_\_\_ ca și candidat/ă pentru postul de  
\_\_\_\_\_ în cadrul  
\_\_\_\_\_ din structura  
Spitalului Clinic de Copii „Dr. Victor Gomoiu”, cunoscând dispozițiile articolului 326 din  
Codul Penal cu privire la falsul în declarații, **declar pe propria răspundere faptul că nu  
figurez înscris în evidențele poliției cu mențiuni care pot face obiectul Registrului  
national automatizat cu privire la persoanele care au comis infracțiuni sexuale, de  
exploatare a unor persoane sau asupra minorilor..**

Dau prezenta declarație fiindu-mi necesară la dosarul de înscriere la procesul de  
recrutare / selecție pentru postul de \_\_\_\_\_ în cadrul  
\_\_\_\_\_ din structura Spitalului  
Clinic de Copii „Dr. Victor Gomoiu”.

Data, \_\_\_\_\_

Semnătura, \_\_\_\_\_

## CHESTIONAR DE EVALUARE ȘI LOCALIZARE PE TERITORIUL ROMÂNIEI

Nume: \_\_\_\_\_ Data nașterii (Z/L/A): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Prenume: \_\_\_\_\_ Sexul:  M  F

Pașaport Seria: \_\_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_ Țara de Origine: \_\_\_\_\_

Punctul de plecare în călătorie: Țara \_\_\_\_\_ Localitatea \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

In cazul în care ați calătorit anterior cu 14 zile acestei plecări menționați țările, localitățile și perioada calătoriei \_\_\_\_\_

Data sosirii în România: \_\_\_\_\_ Data plecării din România: \_\_\_\_\_

**Estimez că voi rămâne în România mai mult de 24 de ore la următoarele adrese:**

Nr. Crt.	Locația ( Oraș )	Data sosirii	Data plecării	Adresa completă

**Pe perioada șederii / călătoriei în România pot fi contactat la:**

Nr.tel: \_\_\_\_\_ E- mail: \_\_\_\_\_

**1. Ați locuit / vizitat zone în care se aflau persoane suferinde din cauza infecției cu noul coronavirus (COVID-19)?**

da  nu

**2. Ați venit în contact direct cu persoane suferinde din cauza infecției cu noul coronavirus (COVID-19) la serviciu, în vecinătatea locuinței sau vizitând unități medicale ori alte genuri de locuri în ultimele 14 zile?**

da  nu

**3. Ați fost spitalizat în ultimele trei săptămâni?**

da  nu

**4. Ați avut una sau mai multe dintre următoarele simptome?**

• Febră	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
• Dificultatea de a înghiți	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
• Dificultatea de a respira	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
• Tuse intensă	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu

**Aviz important și acord:** În contextul evoluției ilor înregistrate începând cu ianuarie 2020 în legătură cu **infecția cu noul coronavirus COVID-19**, pentru a putea rămâne în România, toți pasagerii din sau care au călătorit recent în zonele afectate\* sunt obligați să completeze și chestionarul de mai sus. Vă rugăm să rețineți că datele și informațiile furnizate aici sunt solicitate pentru consultare, colectare și prelucrare de către Direcția de Sănătate Publică județeană \_\_\_\_\_, în calitate de autoritate publică, notificată ca operator de date cu caracter personal, sub înregistrarea nr. \_\_\_\_\_. Informațiile solicitate sunt prelucrate în conformitate cu prevederile Regulamentului nr. 679/2016 privind protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu respectarea strictă a principiilor legate de drepturile fundamentale. Persoanele ale căror date personale sunt prelucrate beneficiază de dreptul de a-și exercita drepturile de modificare, intervenție și opoziție, printr-o cerere semnată, datată și scrisă adresată operatorului de date.

- Sunt conștient că un refuz de a completa chestionarul poate provoca refuzul intrării mele pe teritoriul României, în scopul eliminării eventualelor amenințări la adresa sănătății publice a României.
- Sunt de acord că informațiile furnizate pot fi consultate și prelucrate de către Direcția de Sănătate Publică județeană \_\_\_\_\_, cu consultarea autorităților române desemnate care nu au competențe în domeniul sănătății publice și a gestionării situațiilor de urgență / criză.
- Am luat notă și sunt conștient de informațiile furnizate aici.
- Declar că toate răspunsurile furnizate la întrebările de mai sus corespund în totalitate situației mele actuale.
- Nerespectarea măsurilor privitoare la prevenirea sau combaterea bolilor infectocontagioase se sancționează conform art 352 din Codul penal și a art. 34 lit. m) din HG nr. 857/2011 privind stabilirea și sancționarea contravențiilor la normele din domeniul sănătății publice, cu modificările și completările ulterioare

**Data și locul:** \_\_\_\_\_;

**Semnătura:** \_\_\_\_\_;

**Legendă pentru personalul DSP:**

Risc crescut de contagiozitate = „Yes” la punctul 4.

Risc crescut de expunere = „Yes” la punctele și 1, 2, 3

Risc scăzut = „No” la toate întrebările

\* lista zonelor cu transmitere comunitară extinsă a COVID-19 se găsește pe site-ul [www.cnsrbt.ro](http://www.cnsrbt.ro)