

ЗАТВЕРДЖУЮ

Заступник голови облдержадміністрації,
заступник голови Волинської регіональної
комісії з питань техногенно-екологічної
безпеки та надзвичайних ситуацій

Тетяна ЩЕРБАК

« 14 » квітня 2020 року

**Інформована добровільна згода особи,
яка здійснює перетин державного кордону,
на обов'язкову госпіталізацію до обсерваторів (ізоляторів)**

Я, _____,
(прізвище, ім'я, по-батькові)

_____ (документ, що підтверджує особу)

_____ (місце проживання/перебування/реєстрація)

Дата народження " ____ " _____, перебував за кордоном: _____ (назва країни)
контактний телефон _____

_____ (особи, що надає згоду)

контактний телефон _____
(члена сім'ї/близького родича особи, що надає згоду)

добровільно погоджуюсь на обсервацію (ізоляцію) протягом 14 календарних днів.

Повідомляю, що я поінформований(на) про вимоги щодо моєї обсервації (ізоляції) відповідно до ст. 30 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», ст. 31 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», абзацу п'ятого пункту 5 постанови Кабінету Міністрів України від 11 березня 2020 р. № 211 (зі змінами), у зв'язку із потенційним ризиком інфікування гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиною коронавірусом SARS-CoV-2, під час перебування за кордоном та його перетину, а також через інші випадки, визначені відповідними нормативно-правовими документами.

Я попереджений(на) про адміністративну відповідальність згідно ст. 44-3 Кодексу України за вчинення порушення правил щодо карантину людей, санітарно-гігієнічних, санітарнопротиепідемічних правил і норм, передбачених Законом України "Про захист населення від інфекційних хвороб", іншими актами законодавства, а також рішень органів місцевого самоврядування з питань боротьби з інфекційними хворобами, а також про кримінальну відповідальність ст. 325 Кримінального кодексу України у разі вчинення порушення правил та норм, встановлених з метою запобігання епідемічним та іншим інфекційним хворобам, а також масовим неінфекційним захворюванням (отруєнням) і боротьби з ними, якщо такі дії спричинили або завідомо могли спричинити поширення цих захворювань.

Я повідомлений(на), що згідно ст. 285 Цивільного кодексу України та ст. 39 до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» я маю право на достовірну і повну інформацію про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, можливість задавати будь-які питання щодо обсервації, лікування та одержувати відповіді.

Я отримав(ла) в доступній формі інформацію про режим і умови знаходження в обсервації (ізоляції) та ймовірний перебіг захворювання (у разі його виникнення) і наслідки у разі відмови від обсервації (ізоляції). Крім того, я поінформований(а), про те, що недодержання рекомендацій з інфекційного контролю щодо режиму під час обсервації (ізоляції), лікарських призначень можуть негативно позначитися на моєму стані здоров'я та стані здоров'я оточуючих.

Я добровільно зобов'язуюсь дотримуватись режиму обсервації (ізоляції), виконувати вимоги щодо самоконтролю за станом особистого здоров'я (стану здоров'я дитини), в тому числі негайно повідомляти лікаря про будь-яке зміни, погіршення самопочуття (стану здоров'я дитини) під час обсервації (ізоляції), виконувати призначення лікуючого лікаря у т.ч. щодо проведення лабораторнодіагностичних та інших досліджень.

Відповідно до абзацу 3 пункту 3 Порядку проведення обов'язкової госпіталізації осіб, які здійснюють перетин державного кордону, до обсерваторів (ізоляторів) зобов'язуюсь здійснити оплату послуг за харчування.

Дана інформована згода надається мною та є дійсною протягом всього періоду, необхідного для проведення протиепідемічних та/або профілактичних заходів.

Додаток:

1. Пам'ятка про обов'язкову госпіталізацію до обсерваторів (ізоляторів).
2. Пам'ятка про захист персональних даних.

Інформацію надав _____ (ПІБ) _____ (дата) _____ (підпис)

Я, _____, даю згоду на обробку моїх персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».

_____ (ПІБ)

_____ (дата)

_____ (підпис)