Către,

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ VASLUI

Subsemnatul (a) _____, având

CNP: | | | | | | | | | | | | | |

PASAPORT: _____

aflat în carantină la adresa:_____

_____

solicit acordul dumneavoastră pentru:

- **Suspendare temporară pentru PLECARE DIN ROMÂNIA**

Tara de destinație: _____

Aeroportul (dacă este cazul): _____

➢ Ziua și ora plecării: _____

Punctul de trecere frontieră (dacă este cazul):_____

➢ Ziua și intervalul orar în care se intenționează trecerea frontierei _____

Mijlocul de transport (dacă este cazul):

➢ În comun _____

➢ Personal: nr. de înmatriculare _____

Atașez:

- biletul de avion
- biletul de călătorie (pt. transportul în comun)

Date de contact: **(Vă rugăm scrieți CLAR)**

- nr. telefon: _____
- e-mail _____

Declar pe proprie răspundere că nu prezint simptome specifice COVID-19.

Data Semnătura,