**FORMULAR VETËDEKLARIMI I GJËNDJES SHËNDETËSORE**

Të dhënat e vetëdeklaruesit:

|  |  |
| --- | --- |
| Mbiemri, Emri |  |
| Atësia/Amësia |  |
| Datëlindja |  |
| Vendlindja |  |
| Dokumenti i identifikimit(një kopje bashkëngjitur formularit) |  |

Deklaroj nën përgjegjësinë time personale se nuk kam qenë dhe nuk jam i sëmurë, nuk kam qëndruar në ambiente me të sëmurë, si dhe nuk kam qënë pjesë e gjurmimit epidemiologjik. Gjithashtu, deklaroj nën përgjegjësinë time se nuk kam anëtarë të familjes të sëmurë apo që kanë qenë të sëmurë, nuk kanë qëndruar në ambiente me të sëmurë, si dhe nuk kanë qenë pjesë e gjurmimit epidemiologjik

DEKLARUESI MARRËSI I VETËDEKLARIMIT

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Emër Mbiemër / Firmë Emër Mbiemër / Firmë

**Autorizim:** Deklaroj se të dhënat e paraqitura në këtë formular janë të vërteta dhe autorizoj kontrollin e vërtetësisë së tyre nga Universiteti Politeknik i Tiranës.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nënshkrimi i deklaruesit autorizues Data e nënshkrimit

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Shënim. Trajtimi i të dhënave personale në vijim të përdorimit të këtij autorizimi do të bëhet vetëm në përputhje me ligjin nr. 8517 datë 22.07.1999 “Per mbrojtjen e të dhënave personale”.