



**CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI TÂRGU MUREȘ  
DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ TÂRGU MUREȘ**

ROMÂNIA – 540015, Târgu Mureș, Str. Gheorghe Doja, Nr. 9  
Tel. 0365-430859, Fax. 0365-882023; e-mail: [registratura.das@tirgumures.ro](mailto:registratura.das@tirgumures.ro)

---

**FORMULAR de accept pe bază de consimțământ în cadrul campaniei de  
vaccinare împotriva COVID-19**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, cu domiciliul  
în \_\_\_\_\_,  
CNP \_\_\_\_\_, C.I./B.I. seria \_\_\_\_\_, număr \_\_\_\_\_,  
telefon, \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_ persoană \_\_\_\_\_,

- Declar că sunt de acord cu vaccinarea împotriva COVID-19.
- Declar că nu sunt de acord cu vaccinarea împotriva COVID-19.

Am luat la cunoștință faptul că vaccinarea în România și în celelalte state membre din Uniunea Europeană este **voluntară, gratuită, realizată de personalul medical în condiții de maximă siguranță, cu respectarea lanțului de frig menționat de către producător.**

Totodată, îmi exprim consimțământul ca Direcția de Asistență Socială Târgu Mureș să transmită datele mele personale către alte instituții abilitate, în vederea programării pentru vaccinare.

Data:

Semnătura: