

فرم خود اظهاری فرد جهت بازگشت به کار/تحصیل

اینجانب دارای کد ملی به شماره دانشجوی رشته اظهار
می نمایم:

1. در سه روز پیش علائم اخیر را نداشتم:

- ☐ تب
- ☐ لرز
- ☐ سرفه
- ☐ تنگی نفس
- ☐ گلودرد
- ☐ بدن درد
- ☐ احساس خستگی و ضعف
- ☐ درد یا احساس سنگینی در قفسه سینه

2. سابقه تماس نزدیک (فاصله کمتر از 2 متر) با فرد مبتلا به کووید-19 (کرونا ویروس) در دو هفته اخیر را

نداشته ام:

- ☐ مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده بیمار مشکوک / محتمل / قطعی کووید-19 نموده است.
- ☐ هرگونه تماس شغلی (شامل همکار بودن یا همکلاس بودن) با فرد مبتلا به کووید-19 در فضای بسته مشترک (تماس بیش از 15 دقیقه در فاصله کمتر از 2 متر)
- ☐ همسفر بودن با فرد مبتلا به کووید-19 در وسیله نقلیه مشترک

3. اطلاعات سلامت و علائم تنفسی خود را در سامانه salamat.gov.ir ثبت کرده ام.

- ☐ بله
- ☐ خیر

اینجانب به کد ملی تعهد می نمایم در صورت بروز هر گونه علائم تنفسی فوق، مراتب را به کارشناس معرفی شده از طرف واحد آموزش اطلاع دهم و نیز گواهی می کنم پاسخ کلیه پرسشها را با هوشیاری، دقت و صداقت ثبت نموده ام و هر گونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع، به عهده اینجانب می باشد.

امضاء

تاریخ

نام و نام خانوادگی