

پیوست ۲: فرم خود اظهاری جهت داوطلبان شرکت کننده در آزمون

اینجانب دارای کد ملی به شماره..... داوطلب آزمون شرکتی

(شهرستان های بم، فهرج و نرماشیر) به شماره داوطلبی..... اظهار می نمایم :

۱- در سه روز اخیر علائم کدامیک از علائم زیر را داشته اید:

تب لرز سرفه تنگی نفس گلو درد بدن درد
 احساس خستگی و ضعف درد یا احساس سنگینی در قفسه سینه هیچکدام

۲- سابقه تماس نزدیک (فاصله کمتر از ۲ متر) با فرد مبتلا به کووید-۱۹ (کرونا ویروس) در دو هفته اخیر

را: داشته ام نداشته ام

- مراقبت مستقیم از افراد خانواده بیمار مشکوک / محتمل / قطعی کووید-۱۹ داشته ام نداشته ام

- هرگونه تماس با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در فضای بسته مشترک (تماس بیش از ۱۵ دقیقه در فاصله

کمتر از ۲ متر) داشته ام نداشته ام

- با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در وسیله نقلیه مشترک همسفر بوده ام نبوده ام

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

۴- مبتلا به بیماری کووید ۱۹ می باشم نمی باشم

پاسخ فوق را با هوشیاری و صداقت ثبت نموده و هرگونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع به

عهده اینجانب می باشد .

امضا و اثر انگشت

تاریخ:

نام و نام خانوادگی: