

فرم خود اظهاری داوطلبان آزمون جهت حضور در آزمون

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

سال ۹۹ به شماره داوطلبی..... اظهار می نمایم :

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 :