



فرم خود اظهاری فعالیت در آزمایشگاه / کارگاه

اینجانب..... با شماره دانشجویی دانشجوی مقطع در دانشکده.....

گروه آموزشی..... رشته اظهار می نمایم:

- ۱- در سه روز اخیر هیچ یک از علائم بیماری کووید ۱۹ شامل تب، لرز، سرفه، تنگی نفس، گلودرد، بدن درد، احساس خستگی و ضعف، درد یا احساس سنگینی در قفسه سینه نداشته ام.
- ۲- سابقه تماس نزدیک (فاصله کمتر از ۲ متر) با فرد مبتلا به کووید ۱۹ (کرونا ویروس) در دو هفته اخیر را نداشته ام.
- ۳- مسئولیت مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده مشکوک/محمتمل/قطعی به بیماری کووید ۱۹ نداشته ام.
- ۴- با فرد مبتلا به کووید ۱۹ در وسیله نقلیه مشترک حضور نداشته ام.

تعهد می نمایم در صورت بروز هرگونه علائم تنفسی فوق مراتب را به استاد راهنما و مدیر گروه آموزشی اعلام نمایم و نیز گواهی می نمایم پاسخ کلیه پرسش ها را با هوشیاری، دقت و صداقت ثبت نموده ام و هرگونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع، به عهده اینجانب می باشد. ضمناً اطلاعات سلامت و علائم تنفسی خود را در سامانه خود اظهاری salamat.gov.ir اعلام و تصویر آن را به پیوست ارسال کرده ام.

نام و نام خانوادگی

تاریخ / /

امضاء