

## فرم خوداظهاری فرد جهت شروع به کار و حضور در محل آزمون

اینجانب ..... دارای کد ملی به شماره.....شاغل.....دارای عنوان

شغلی ..... اظهار می نمایم:

۱- در سه روز اخیر علائم زیر را نداشته ام:

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

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

- مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده بیمار مشکوک /محتمل /قطعی کووید-۱۹ نموده است

- هر گونه تماس شغلی با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در فضای بسته مشترک ( تماس بیش از ۱۵ دقیقه در فاصله کمتر از

۲ متر)

- همسفر بودن با فرد مبتلا به کووید -۱۹ در وسیله نقلیه مشترک

۳- اطلاعات سلامت و علائم تنفسی خود را در سامانه [salamat.gov.ir](http://salamat.gov.ir) ثبت کرده ام

اینجانب ..... به کد ملی .....تعهد می نمایم در صورت بروز هرگونه علائم تنفسی فوق، مراتب را

به کارفرما /نماینده معرفی شده از طرف کارفرما، اطلاع دهم و نیز گواهی می کنم مجددا در سامانه [salamat.gov.ir](http://salamat.gov.ir)

ثبت نام نمایم و پاسخ کلیه پرسشها را با هوشیاری، دقت و صداقت ثبت نموده ام و هرگونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست

و خلاف واقع، به عهده اینجانب می باشد.

امضا

تاریخ

نام و نام خانوادگی