



راهنمای کام دوم مبارزه با کووید-۱۹ (کرونا ویروس) فاصله‌گذاری اجتماعی و الزامات سلامت محیط و کار در انواع آزمون‌ها

## پیوست ۱ فرم ۱/۱: فرم خوداظهاری داوطلبان آزمون جهت حضور در آزمون

|  |       |      |
|--|-------|------|
| اینجانب ..... دارای کد ملی به شماره..... داوطلب آزمون ..... به شماره   |       |      |
| داوطلبی ..... اظهار می‌نمایم:  |       |      |
| مبتلا به بیماری کووید-۱۹ <input type="checkbox"/> می‌باشم <input type="checkbox"/> نمی‌باشم .                    |       |      |
| پاسخ فوق را با هوشیاری و صداقت ثبت نموده و هرگونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع به عهده اینجانب می‌باشد. |       |      |
| نام و نام خانوادگی   | تاریخ | امضا |