

اینجانب..... دارای کد ملی به شماره..... شغل/..... دارای عنوان شغلی..... اظهار می‌نمایم:

۱- در سه روز اخیر علائم زیر را نداشته‌ام:

تب لرز سرفه تنگی نفس گلودرد بدن درد احساس خستگی و ضعف 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 نداشته‌ام:

- مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده بیمار مشکوک/محمتمل/قطعی کووید-۱۹ کرده‌است
- 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 ثبت کرده‌ام

اینجانب..... به کد ملی..... تعهد می‌نمایم در صورت بروز هرگونه علائم تنفسی فوق، مراتب را به مراکز مجری مصاحبه / گزینش اطلاع دهم و نیز گواهی می‌کنم مجدداً در سامانه salamat.gov.ir ثبت نام نمایم و پاسخ کلیه پرسش‌ها را با هوشیاری، دقت و صداقت ثبت کرده‌ام و هرگونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع، به‌عهده اینجانب می‌باشد.

نام و نام خانوادگی تاریخ امضا

اینجانب..... دارای کد ملی به شماره..... اظهار می‌نمایم:
مبتلا به بیماری کووید-۱۹ می‌باشم نمی‌باشم. پاسخ فوق را با هوشیاری و صداقت ثبت کرده و هرگونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع به‌عهده اینجانب می‌باشد.

نام و نام خانوادگی تاریخ امضا