

پیوست ۱: فرم خوداظهاری فرد جهت بازگشت به کار / تحصیل

اینجانب دارای کد ملی به شماره..... شاغل/ در حال تحصیل در (واحد کاری/ سازمان ...) دارای عنوان شغلی اظهار می نمایم:

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/ محتمل/ قطعی کووید-۱۹ نموده‌است
- هر گونه تماس شغلی (شامل همکار بودن یا همکلاس بودن) 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 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 ثبت نام نمایم و پاسخ کلیه پرسش ها را با هوشیاری، دقت و صداقت ثبت نموده‌ام و هرگونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع، به عهده اینجانب می باشد.

امضا

تاریخ

نام و نام خانوادگی