

پیوست ها

پیوست ۱: فرم خوداظهاری کارکنان و داوطلبان آزمون

اینجانب دارای کد ملی به شماره شماره داوطلبی اظهار می نمایم:

- ۱- در سه روز اخیر علائم زیر را نداشته ام:
☐ تب ☐ لرز ☐ سرفه ☐ تنگی نفس ☐ گلو درد ☐ 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 نداشته ام:
- مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده بیمار مشکوک /محتمل/قطعی کووید-۱۹ کرده است ☐
- هرگونه 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 کرده ام ☐

اینجانب به کد ملی تعهد می نمایم در صورت بروز هرگونه علائم تنفسی فوق ، مراتب را به مراکز مجری مصاحبه / گزینش 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 کرده ام و هرگونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع، به عهده اینجانب می باشد.

امضا

تاریخ

نام و نام خانوادگی