



فرم خوداظهاری فرد جهت بازگشت به تحصیل دانشجویان



اینجانب به شماره دانشجویی..... دانشجوی رشته..... دانشکده..... مقطع.....
به کد ملی..... ساکن استان/شهر..... محل اسکان در دانشگاه..... عنوان پایان نامه.....
نام استاد/ اساتید راهنما..... شماره تماس استاد/ اساتید..... اظهار مینمایم:

- 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

*علاوه بر علائم فوق علائمی شامل: از بین رفتن حس بویایی و چشایی حداقل در سه روز اخیر علائم
دستگاه گوارش شامل بی اشتهایی همراه با اسهال و استفراغ علائم چشمی (به ویژه قرمزی سوزش
خارش) علائم پوستی شامل (دانه های قرمز رنگ در نقاط مختلف بدن با یا بدون خارش همراه با
قرمزی پوست)

در صورت دارا بودن علائم فوق حتماً ذکر گردد:.....

- 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
- 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 مسئول مافوق و مرکز بهداشت و درمان دانشگاه، اطلاع دهم و نیز گواهی می‌کنم پاسخ کلیه پرسش‌ها را
با هو شیاری، دقت و صداقت ثبت نموده‌ام و هرگونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع، به‌عهده
اینجانب می‌باشد.

امضاء

نام و نام خانوادگی

تاریخ

شماره تلفن همراه:

شماره تلفن یکی از نزدیکان برای مواقع ضروری:

مهر و امضاء دانشکده

***تایید آموزش دانشکده برای دانشجویانی که نیاز به شرکت در فرآیند حضوری آموزش دارند.**

مهر و امضاء اداره
خوابگاه

***تایید اداره خوابگاه برای دانشجویانی که نیاز به حضور در خوابگاه را دارند.**

برگه معاینات دانشجویان برای غربالگری کرونا در مرکز بهداشت دانشگاه و درمان دانشگاه زنجان

نام و نام خانوادگی دانشجو..... شماره دانشجویی..... ساکن خوابگاه/دانشکده.....

ردیف	تاریخ ویزیت و مراجعه به پزشک	دمای بدن/میزان اکسیژن خون	محل مهر و تایید پزشک
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			
۷			
۸			
۹			
۱۰			
۱۱			
۱۲			
۱۳			
۱۴			
۱۵			
۱۶			
۱۷			
۱۸			
۱۹			
۲۰			