



بسمه تعالی

## (فرم خود اظهاری فرد جهت بازگشت به کار)

اینجانب ..... دارای کد ملی به شماره ..... شاغل به کار در حوزه .....

دانشگاه دارای عنوان شغلی ..... اظهاری می نمایم:

\*در سه روز اخیر علائم زیر را نداشته ام:

تب ٠ لرز ٠ سرفه ٠ تنگی نفس ٠ گلو درد ٠ بدن درد ٠ احساس خستگی و ضعف ٠ درد یا احساس سنگینی در قفسه سینه

از بین رفتن حس بویایی و چشایی ٠ داشتن علائم گوارشی شامل بی اشتهایی همراه با اسهال و استفراغ ٠ علائم چشمی (به ویژه قرمزی-سوزش-خارش) ٠ علائم پوستی شامل(دانه های قرمز رنگ در نقاط مختلف بدن با خارش یا بدون خارش همراه با قرمزی پوست)

\*سابقه تماس نزدیک با (فاصله کمتر از ۲ متر) با فرد مبتلا به کووید -۱۹(کرونا ویروس) در دو هفته گذشته را نداشته ام ٠

\*مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده بیمار/مشکوک/محمتمل/قطعی کووید-۱۹ نموده. ٠

\*هر گونه تماس شغلی با فرد مبتلا به کووید -۱۹(کرونا ویروس) در فضای بسته مشترک بیش از ۱۵ دقیقه در فاصله کمتر از ۲ متر. ٠

\*همسفر بودن با فرد مبتلا به کووید -۱۹(کرونا ویروس) در وسیله نقلیه مشترک. ٠

\*اطلاعات مربوط به سلامت و علائم تنفسی خود را در سامانه [salamat.gov.ir](http://salamat.gov.ir) ثبت نموده ام. ٠

اینجانب ..... به کد ملی ..... تعهد می نمایم در صورت بروز هرگونه علائم فوق، مراتب را به مسولین مافوق

و مرکز بهداشت و درمان اطلاع دهم و همچنین گواهی می کنم پاسخ کلیه پرسش ها را با هوش یاری و دقت و صداقت ثبت

نموده ام و هرگونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع به عهده خودم می باشد.

امضاء

نام و نام خانوادگی:

تاریخ

شماره تلفن همراه:

شماره تلفن یکی از نزدیکان برای مواقع ضروری: