

پیوست ها

پیوست ۱: فرم خوداظهاری کارکنان و داوطلبان آزمون

اینجانب..... دارای کد ملی به شماره..... شاغل/..... 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/ محتمل/ 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.

امضا

تاریخ

نام و نام خانوادگی