

فرم خود اظهاری دانشجویان جهت حضور در جلسات امتحانی

اینجانب با شماره دانشجویی اظهار می نمایم:

۱- در سه روز اخیر علائم زیر را نداشته ام:

- تب
- لرز
- سرفه خشک
- تنگی نفس
- گلودرد
- بدن درد و احساس خستگی و ضعف
- از دست دادن حس بویایی و چشایی
- درد یا احساس سنگینی در قفسه سینه

۲- سابقه تماس نزدیک (فاصله کمتر از ۲ متر) با فرد مبتلا به کووید-۱۹ (کرونا و بیروس) در دو هفته اخیر را نداشته ام.

۳- مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده بیمار مشکوک / محتمل / قطعی کووید-۱۹ را نداشته ام.

۴- هرگونه تماس شغلی (شامل همکار بودن یا همکلاس بودن) با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در فضای بسته مشترک (تماس بیش از ۵ دقیقه در فاصله کمتر از ۲ متر) را نداشته ام.

۵- همسفر بودن با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در وسیله نقلیه مشترک را نداشته ام.

۶- اطلاعات سلامت و علائم خود را در سامانه salamat.gov.ir ثبت کرده ام.

اینجانب ضمن تایید موارد فوق، تعهد می نمایم در صورت بروز هرگونه علائم فوق، نسبت به اخذ گواهی سلامت از مراکز بهداشتی و درمانی اقدام نموده و مراتب را به مدیر آموزش یا مسئول دانشکده مربوطه اطلاع دهم و نیز گواهی می کنم پاسخ کلیه پرسش ها را با هوشیاری، دقت و صداقت ثبت نموده ام و هرگونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع، به عهده اینجانب می باشد.

امضاء

تاریخ

نام و نام خانوادگی