

## پیوست ۱: فرم خوداظهاری فرد جهت بازگشت به کار / تحصیل

اینجانب ..... دارای کد ملی به شماره..... شاغل/ در حال تحصیل در (واحد کاری/ سازمان ...) ..... 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 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
- ۳- اطلاعات سلامت و علائم تنفسی خود را در سامانه [salamat.gov.ir](http://salamat.gov.ir) ثبت کرده‌ام

اینجانب ..... به کد ملی..... تعهد می‌نمایم در صورت بروز هرگونه علائم تنفسی فوق، مراتب را به کارفرما/ نماینده معرفی شده از طرف کارفرما، اطلاع دهم و نیز گواهی می‌کنم مجدداً در سامانه [salamat.gov.ir](http://salamat.gov.ir) ثبت نام نمایم و پاسخ کلیه پرسش‌ها را با هوشیاری، دقت و صداقت ثبت نموده‌ام و هرگونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع، به عهده اینجانب می‌باشد.

امضا

تاریخ

نام و نام خانوادگی