

## کاربرگ خود اظهاری فرد برای حضور در محل کار

این جانب ..... دارای کد ملی .....، شماره پرسنلی .....، شاغل در حوزه .....
عنوان شغلی ..... و شماره داخلی ..... اظهار می‌نمایم:
<p>۱. در سه روز اخیر علائم زیر را نداشته‌ام: (در صورت علامت نزدن هر گزینه به معنی وجود آن علائم در فرد است)</p> <p>تب <input type="checkbox"/> لرز <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> احساس خستگی و ضعف <input type="checkbox"/></p> <p>بدن‌درد <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> گلودرد <input type="checkbox"/> درد یا احساس سنگینی قفسه سینه <input type="checkbox"/></p>
<p>۲. سابقه تماس نزدیک (فاصله کمتر از ۲ متر) با فرد مبتلا به کووید-۱۹ (ویروس کرونا) در دو هفته اخیر را نداشته‌ام:</p> <p>(در صورت علامت نزدن هر گزینه به معنی تماس با فرد بیمار می‌باشد)</p> <p>تماس نزدیک شامل:</p> <p>-مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده بیمار مشکوک/محتمل/قطعی کووید-۱۹ <input type="checkbox"/></p> <p>-هرگونه تماس شغلی (شامل همکار بودن) با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در فضای بسته مشترک (تماس بیش از ۱۵ دقیقه در فاصله کمتر از ۲ متر) <input type="checkbox"/></p> <p>-هم‌سفر بودن با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در وسیله نقلیه مشترک <input type="checkbox"/></p>
<p>۳. اطلاعات سلامت و علائم تنفسی را در سامانه <a href="http://www.salamat.gov.ir/">http://www.salamat.gov.ir/</a> ثبت کرده‌ام <input type="checkbox"/></p>
<p>این جانب ..... به کد ملی ..... تعهد می‌نمایم در صورت بروز هرگونه علائم تنفسی فوق، در اسرع وقت به محیط کار خود اعلام نمایم و نیز گواهی می‌کنم مجدداً در سامانه <a href="http://www.salamat.gov.ir/">http://www.salamat.gov.ir/</a> ثبت‌نام 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 این جانب می‌باشد.</p> <p>نام و نام خانوادگی: تاریخ: امضا:</p>