

## فرم خوداظهاری جهت حضور در دانشگاه

اینجانب ..... دارای کد ملی به شماره..... و شماره دانشجویی ..... در حال تحصیل در دانشکده ..... مقطع ..... و رشته ..... به شماره تماس ..... اظهار می نمایم.

### ۱- در سه روز اخیر علائم زیر را نداشته‌ام

تب، لرز، سرفه، تنگی نفس، گلودرد، بدن درد، احساس خستگی و ضعف، از دست دادن حس بویایی، از دست دادن حس چشایی، 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 نداشته ام

- مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده بیمار مشکوک / محتمل / قطعی کووید-۱۹ نموده است
- هر گونه تماس شغلی (شامل همکار بودن و ...) 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- فرم خودارزیابی بیماری کرونا را در ۳ روز گذشته در سامانه [salamat.gov.ir](http://salamat.gov.ir) ثبت کرده ام

تعهد می‌نمایم در صورت بروز هرگونه علائم تنفسی فوق، مراتب را به مرکز سلامت، ایمنی و محیط زیست دانشگاه، 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

تایید مرکز سلامت، ایمنی و محیط زیست