



معاونت دانشجویی

مرکز بهداشت ، درمان و مشاوره دانشجویی

فرم خوداظهاری حضور و تردد در دانشگاه

اینجانب

باشماره دانشجویی

دانشجوی مقطع

در دانشکده

گروه آموزشی

رشته

اظهار می نمایم :

1. در سه روز اخیر هیچ یک از علائم بیماری کووید 19 (کرونا) شامل تب ، لرز ، سرفه ، تنگی نفس ، گلو درد ، بدن درد ، احساس خستگی و ضعف ، درد پا و احساس سنگینی در قفسه سینه نداشته ام .
 2. سابقه تماس نزدیک (فاصله کمتر از 2 متر) با فرد مبتلا به کووید 19 (کروناویروس) را در دو هفته اخیر نداشته ام .
 3. مسئولیت مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده(مشکوک ، محتمل ، قطعی به بیماری کووید 19) را نداشته ام .
 4. با فرد مبتلا به کووید 19 در وسیله نقلیه مشترک حضور نداشته ام .
 5. اطلاعات سلامت و علائم تنفسی خود را در سامانه خوداظهاری salamat.gov.ir اعلام و ثبت نموده ام .
- تعهد می نمایم در صورت بروز هرگونه علائم تنفسی فوق مراتب را به استاد راهنما و مدیر گروه آموزشی اعلام نمایم و نیز گواهی می نمایم 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.
- ضمناً تصویر گواهی سلامت اینجانب براساس خودارزیابی در سامانه salamat.gov.ir پیوست می باشد.

نام و نام خانوادگی :

تاریخ :

امضا: