

## فرم خوداظهاری

اینجانب دانشجو.....رشته.....به شماره دانشجویی.....اظهار می‌نمایم:

۱- در سه روز اخیر علایم زیر را نداشته‌ام: ☐

تب ☐ لرز ☐ تنگی نفس ☐ گلودرد ☐ بدن درد ☐ احساس خستگی و ضعف ☐ درد یا احساس سنگینی  
در قفسه سینه ☐ کاهش حس بویایی ☐ کاهش حس چشایی ☐

در صورت دارا بودن هر کدام از علایم مورد مربوطه علامت‌گذاری شود.

۲- سابقه تماس نزدیک (فاصله کمتر از ۲ متر) با فرد مبتلا به کووید-۱۹ (کرونا ویروس) در دو هفته اخیر  
نداشته‌ام: ☐

- مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده بیمار مشکوک/محتمل/قطعی کووید-۱۹ نموده‌ام ☐  
- هرگونه تماس شغلی 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 ☐

اینجانب..... تعهد می‌نمایم در صورت بروز هرگونه علایم تنفسی فوق مراتب را به مرکز بهداشت،  
درمان و مشاوره دانشگاه اطلاع دهم و تمامی دستورالعمل‌های بهداشتی محیط کار را رعایت نمایم همچنین  
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