

فرم خود اظهاری پرسنل دانشگاه گیلان جهت بازگشت به کار (بر اساس آخرین پروتکل بهداشتی وزارت بهداشت و درمان)

اینجانب دارای کد ملی به شماره شاغل در (واحد کاری / معاونت.....

دارای عنوان شغلی اظهار می نمایم)

۱- در سه روز اخیر علائم زیر را نداشته ام :

تب لرز سرفه تنگی نفس گلو درد بدن درد احساس خستگی وضعف
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 ام

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 ثبت کرده ام

اینجانب با کد ملی تعهد می نمایم در صورت بروز هر گونه علائم تنفسی مراتب را به مافوق / نماینده معرفی شده از طرف ایشان ، اطلاع دهم و نیز گواهی می کنم پاسخ کلیه پرسش ها را با هوشیاری ، دقت و صداقت ثبت نموده ام و هر گونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع ، به عهده اینجانب می باشد.

امضاء

تاریخ

نام و نام خانوادگی