دانشگاه دامغان

فرم تعهد و خوداظهاری ارزیابی سلامت جهت بازگشت به تحصیل

اینجانب ..... دارای کد ملی به شماره ..... و شماره دانشجویی ..... اظهار می نمایم:

الف:

- سابقه ابتلا به بیماری کووید- ۱۹ را داشته و به پزشک مراجعه نموده اید؟ بلی □ خیر□
- در صورت سابقه ابتلا به بیماری کووید- ۱۹ آیا گواهی برگشت به اماکن عمومی را از پزشک دریافت نموده اید؟ بلی □ خیر□

ب:

در سه روز اخیر علائم زیر را نداشته ام:

- □ تب □ لرز □ سرفه □ تنگی نفس □ گلو درد □ بدن درد □ احساس خستگی و ضعف □ درد یا احساس سنگینی در قفسه سینه
- سابقه تماس نزدیک (فاصله کمتر از دو متر) با فرد مبتلا به کووید- ۱۹ در دوهفته اخیر را نداشته ام.
- مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده بیمار/ مشکوک / محتمل / قطعی کووید- ۱۹ نموده ام. □
- هر گونه تماس (شامل همکلاس بودن) با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در فضای بسته مشترک(تماس بیش از ۱۵ دقیقه در فاصله کمتر از دو متر) □
- همسفر بودن با فرد مبتال به کووید-۱۹ در وسیله نقلیه مشترک □

ج:

- اطلاعات سلامت و علائم تنفسی خود را در سامانه salamat.gov.ir ثبت نام کرده ام□

اینجانب ..... با شماره تماس ..... تعهد می نمایم در صورت بروز هر گونه علائم تنفسی فوق، مراتب را به ریاست دانشکده و رییس مرکز بهداشت و درمان دانشگاه اطلاع دهم و نیز گواهی مینمایم پاسخ کلیه پرسش های فوق را با هوشیاری، دقت و صداقت ثبت نموده ام و هرگونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع به عهده اینجانب می باشد.

نام و نام خانوادگی تاریخ امضا