



تاریخ:

فرم خوداظهاری دانشجویان

اینجانب: دارای کد ملی شماره: دانشجوی رشته:

به شماره دانشجویی:

اظهار می نمایم:

۱- در یک هفته اخیر علائم زیر را نداشته ام: داشته ام:

- تب - لرز - تنگی نفس - گلو درد - بدن درد - احساس خستگی و ضعف
- درد یا احساس سنگینی در قفسه سینه

۲- سابقه تماس نزدیک (فاصله کمتر از ۲ متر) با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در دو هفته اخیر را: نداشته ام
داشته ام

- هرگونه تماس شغلی (شامل همکار بودن) با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در فضای بسته مشترک (تماس
بیش از ۱۵ دقیقه در فاصله کمتر از ۲ متر) را: نداشته ام داشته ام

- همسفر بودن با فرد مبتلا در وسیله نقلیه مشترک را: نداشته ام داشته ام

۳- اطلاعات سلامت و علائم تنفسی خود را در سامانه Salamat.ogv.ir ثبت نام کرده ام.

۴- اینجانب به کد ملی تعهد می نمایم در صورت بروز

هرگونه علائم تنفسی فوق مراتب را به مسئول مربوطه اطلاع داده و نیز گواهی می کنم 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.

نام و نام خانوادگی:

امضاء:

تاریخ: