

### فرم خوداظهاری فرد جهت حضور در دانشگاه

اینجانب ..... دانشجوی مقطع ..... رشته ..... به شماره‌ی دانشجویی ..... اظهار می‌نمایم:

۱- در سه روز اخیر علائم زیر را نداشته‌ام:

تب  لرز  سرفه  تنگی نفس  گلودرد  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 (کرونا ویروس) در دو هفته اخیر را نداشته‌ام:

- مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده بیمار مشکوک/ محتمل/ قطعی کووید-۱۹ نموده است   
- هرگونه 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)

۳- اطلاعات سلامت و علائم تنفسی خود را در سامانه [salamat.gov.ir](http://salamat.gov.ir) ثبت کرده‌ام

اینجانب ..... به کد ملی ..... تعهد می‌نمایم در صورت بروز هرگونه علائم تنفسی فوق، مراتب را به مرکز بهداشت و مشاوره دانشگاه، اطلاع دهم و نیز گواهی می‌کنم 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.

تاریخ:

نام و نام خانوادگی:

امضاء:

شماره تلفن همراه:

آدرس ایمیل: