

## فرم خود اظهاری فعالیت در آزمایشگاه / کارگاه

اینجانب..... با شماره دانشجویی ..... دانشجوی مقطع..... در  
پژوهشکده / دانشکده ..... گروه..... رشته ..... اظهار می نمایم که:

- ۱- در هفت روز اخیر هیچ یک از علائم بیماری کرونا- کووید ۱۹ شامل تب، لرز، سرفه، تنگی نفس، گلودرد، بدن درد، احساس خستگی و ضعف، درد یا احساس سنگینی در قفسه سینه نداشته ام.
- ۲- سابقه تماس نزدیک فاصله کمتر از ۲ متر با فرد مبتلا به بیماری کرونا- کووید ۱۹ را در دو هفته اخیر را نداشته ام.
- ۳- مسئولیت مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده که مشکوک/محمتمل/قطعی به بیماری کرونا- کووید ۱۹ را نداشته ام.
- ۴- با فرد مبتلا به بیماری کرونا- کووید ۱۹ در وسیله نقلیه مشترک حضور نداشته ام.

تعهد می نمایم در صورت بروز هرگونه علائم بیماری مراتب را به کارشناس آزمایشگاه، استاد راهنما و مدیر گروه اعلام نمایم و نیز گواهی می نمایم 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. ضمناً آخرین اطلاعات سلامت و علائم بیماری خود را در سامانه وزارت بهداشت به نشانی [salamat.gov.ir](http://salamat.gov.ir) ثبت نموده ام که تصویر نتیجه آن به پیوست این فرم می باشد.

نام و نام خانوادگی.....

تاریخ ..... / ..... / ..... امضاء .....