

## فرم خود اظهاری دانشجویان جهت حضور در جلسات امتحانی

اینجانب ..... با شماره دانشجویی ..... اظهار می نمایم:

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

- تب
- لرز
- سرفه خشک
- تنگی نفس
- گلودرد
- بدن درد و احساس خستگی و ضعف
- از دست دادن حس بویایی و چشایی
- درد یا احساس سنگینی در قفسه سینه

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

۳- مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده بیمار مشکوک / محتمل / قطعی کووید-۱۹ را نداشته ام.

۴- هرگونه تماس شغلی (شامل همکار بودن یا همکلاس بودن) با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در فضای بسته مشترک (تماس بیش از ۵ دقیقه در فاصله کمتر از ۲ متر) را نداشته ام.

۵- همسفر بودن با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در وسیله نقلیه مشترک را نداشته ام.

۶- اطلاعات سلامت و علائم خود را در سامانه [salamat.gov.ir](http://salamat.gov.ir) ثبت کرده ام.

اینجانب ضمن تایید موارد فوق، تعهد می نمایم در صورت بروز هرگونه علائم فوق، نسبت به اخذ گواهی سلامت از مراکز بهداشتی و درمانی اقدام نموده و مراتب را به مدیر آموزش یا مسئول دانشکده مربوطه اطلاع دهم 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.

امضاء

تاریخ

نام و نام خانوادگی