

پیوست ۱: فرم خوداظهاری کارکنان، غرفه داران و شاغلین در نمایشگاه

اینجانب دارای کد ملی به شماره..... شاغل در دارای عنوان
شغلی اظهار می نمایم:

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

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 نداشته ام:

- مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده بیمار مشکوک/ محتمل/ قطعی کووید-۱۹ نموده است
- هر گونه تماس شغلی با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در فضای بسته مشترک (تماس بیش از ۱۵ دقیقه در
فاصله کمتر از ۲ متر)

- همسفر بودن با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در وسیله نقلیه مشترک

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

اینجانب به کد ملی..... تعهد می نمایم در صورت بروز هرگونه علائم تنفسی فوق، مراتب
را به کارفرما/ نماینده معرفی شده از طرف کارفرما، اطلاع دهم و نیز گواهی می کنم مجددا در سامانه
salamat.gov.ir ثبت نام نمایم و 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.

امضا

تاریخ

نام و نام خانوادگی