**فرم خوداظهاری سلامت دانشجویان دانشگاه خوارزمی**

**اینجانب ......................................... دارای کد ملی ............................. به شماره دانشجویی .................. دانشجوی رشته ........................ مقطع ..................... دانشکده ........................... اظهار می­نمایم:**

**1- در سه روز اخیر علایم زیر را نداشته­ام:**

تب ، لرز، سرفه، گلودرد، تنگی نفس، بدن درد، احساس خستگی و ضعف، درد یا احساس سنگینی در قفسه سینه

**2- سابقه تماس نزدیک (فاصله کمتر از 2 متر) با فرد مبتلا به کووید19 (کرونا ویروس) در دو هفته اخیر مانند موارد ذیل را نداشته­ام:**

الف- مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده بیمار مشکوک/محتمل/قطعی کووید19

ب- تماس شغلی (شامل همکار یا همکلاسی بودن) با فرد مبتلا به کووید19 در فضای بسته و مشترک (تماس بیش از 15 دقیقه در فاصله کمتر از 2 متر)

ج- همسفر بودن با فرد مبتلا به کووید19 در وسیله نقلیه مشترک

**3- اطلاعات سلامت و علایم تنفسی خود را در سامانه** [**salamat.gov.ir**](https://salamat.gov.ir/) **ثبت کرده­ام.**

اینجانب تعهد می‌نمایم در صورت بروز هرگونه علایم تنفسی فوق، مراتب را به مرکز بهداشت دانشگاه و نیز گواهی می‌کنم پاسخ کلیه پرسش ها را با هوشیاری، دقت و صداقت ثبت نموده­ام و هرگونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع به عهده اینجانب می باشد.

امضا و تاریخ