



فرم درخواست گذراندن حضوری دروس عملی، عملی / نظری، کارورزی های بالینی و آزمایشگاهی

اینجانب با شماره دانشجویی دانشجوی مقطع در دانشکده گروه آموزشی رشته متقاضی شرکت در آموزش حضوری با پذیرش مسئولیت اجرای کامل پروتکل های بهداشتی اظهار می نمایم:

- مبتلا به بیماری کووید 19 نمی باشم در سه روز اخیر هیچ یک از علائم بیماری کووید 19 شامل تب، لرز، سرفه، تنگی نفس، گلو درد، احساس خستگی و ضعف، درد یا احساس سنگینی در قفسه سینه نداشته ام.
- سابقه تماس نزدیک (فاصله کمتر از 2 متر) با فرد مبتلا به کووید 19 (کرونا ویروس) در دو هفته اخیر را نداشته ام.
- مسوولیت مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده مشکوک / محتمل قطعی به بیماری کووید 19 نداشته ام.
- عواقب احتمالی ناشی از عدم اجرایی پروتکل های بهداشتی بعهده اینجانب می باشد

تعهد می نمایم در صورت بروز هرگونه علائم تنفسی فوق را مراتب را به مدیر گروه آموزشی 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. در ضمن اطلاعات سلامت و علائم تنفسی خود اظهاری salamat.gov.ir اعلام و تصویر آن را به پیوست ارسال کرده ام.

نام و نام خانوادگی

تاریخ

امضاء