



FO-۲۱-COV-۰

نام و نام خانوادگی: شماره پرسنلی: تاریخ تولد: شماره تلفن همراه:

این بخش به عنوان اظهار نامه کارمند بوده و توسط وی امضاء می گردد

- علائم بیماری کووید-۱۹: ندارم
- علائم بیماری کووید-۱۹: دارم تب تنگی نفس سرفه گلودرد
- لرز بدن درد کاهش حس بویایی / چشایی قرمزی چشم علائم گوارشی سردرد
- احساس خستگی و ضعف درد یا احساس سنگینی در قفسه سینه علایم پوستی

- سابقه ابتلا به بیماری زیر را دارم

- دیابت فشارخون آسم نقص ایمنی بیماری قلبی
- بیماری مزمن ریوی اختلال کبدی مزمن اختلال هماتولوژیک مزمن کانسر
- بیماری مزمن کلیه استفاده طولانی مدت از کورتون سایر:

- طی ۱۴ روز گذشته سفر داشته ام؟

بله خیر توضیحات:

اگر بله: تاریخ سفر: مکان سفر و شهرهای بازدید شده:

- در ۱۴ روز گذشته با فرد (یا اعضای خانواده) مشکوک یا تأیید شده عفونت کرونا تماس داشته ام؟

بله خیر توضیحات:

اینجانب صحت کلیه اظهارات فوق را تأیید می نمایم.

تاریخ: نام و نام خانوادگی امضا و اثر انگشت

این بخش توسط کارشناس HSE باشگاه ورزشی تکمیل می گردد

- درجه حرارت بدن: علائم بیماری کووید-۱۹:
- وضعیت خطر فرد از جهت ابتلا به بیماری کووید-۱۹: نرمال مشکوک
- در حال حاضر انجام فعالیت ورزشی از نظر کووید-۱۹: بلامانع است تأیید نمی شود
- در صورت عدم تأیید جهت بررسی بیشتر به پزشک مراجعه نماید
- تاریخ: نام و نام خانوادگی