



معاونت آموزشی و پژوهشی

مدیریت امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی

فرم خوداظهاری دانشجویان تحصیلات تکمیلی (ویژه شرایط شیوع کرونا)

اینجانب..... دانشجوی..... مقطع..... کارشناسی..... ارشد..... رشته.....
..... به شماره دانشجویی..... اعلام می کنم که:

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

درد یا احساس سنگینی در قفسه سینه □ احساس خستگی و ضعف □ بدن درد □ گلودرد □ تنگی نفس □ لرز □ تب □
□ کاهش حس چشایی □ کاهش حس بویایی □

در صورت دارا بودن هر کدام از علائم مورد مربوطه علامت گذاری شود.

۲- سابقه تماس نزدیک (فاصله کمتر از ۲ متر) با فرد مبتلا به کرونا در دو هفته اخیر در محیط خانواده، کار، وسایل نقلیه مشترک و عمومی نداشته ام □

۳- از افراد مشکوک و یا مبتلای قطعی کرونا مراقبت نموده ام □

۴- گواهی جدید و به روز سامانه خود ارزیابی بیماری کرونا را دریافت کرده ام (از سایت salamat.gov.ir) و به پیوست ارائه می نمایم.

اینجانب..... تعهد می نمایم در صورت بروز هرگونه علائم شناخته شده فعلی بیماری کرونا و علائمی که ممکن است در آینده شناسایی شود مراتب را به مدیریت امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه اطلاع دهم و تمامی دستورالعمل های بهداشتی محیط کار را رعایت نمایم همچنین پاسخ کلیه پرسش ها را با هوشیاری، دقت و صداقت ثبت نموده ام و هرگونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع، را می پذیرم

امضاء

تاریخ