



معاونت بهداشت

راهنمای گام دوم مبارزه با کووید-۱۹ (کرونا ویروس) فاصله گذاری اجتماعی و الزامات سلامت محیط و کار در انواع آزمون ها

پیوست ۱ فرم ۱/۱: فرم خوداظهاری داوطلبان آزمون جهت حضور در آزمون

اینجانب دارای کد ملی به شماره داوطلب آزمون به شماره

داوطلبی اظهار می نمایم:

مبتلا به بیماری کووید-۱۹ ☐ می باشم ☐ نمی باشم .

پاسخ فوق را با هوشیاری و صداقت ثبت نموده و هرگونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع به عهده
اینجانب می باشد.

امضا

تاریخ

نام و نام خانوادگی