



## 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   | <input type="checkbox"/> می باشم | <input type="checkbox"/> 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. |                                  |                                   |
| نام و نام خانوادگی   | تاریخ                            | امضاء                             |