

**فرم خوداظهاری جهت بازگشت به تحصیل**

 **نام و نام خانوادگی:**

**شماره دانشجویی:**

**کدملی:**

**موبایل:**

**مقطع: دانشکده: رشته تحصیلی:**

**سابقه بیماری زمینه ای دارم:**

**دیابت فشار خون بیماری قلبی و عروقی بیماری زمینه ای تنفسی نقص سیستم ایمنی مانند ابتلا به سرطان، شیمی درمانی، پیوند عضو، ایدز و.... بارداری در حال حاضر( مخصوص دانشجویان دختر)**

**در سه روز اخیر علایم زیر را داشته ام:**

**تب لرز سرفه گلودرد تنگی نفس بدن درد احساس خستگس و ضعف درد یا احساس سنگینی در قفسه سینه**

**سابقه تماس نزدیک (فاصله کمتر از 2 متر) با فرد مبتلا به کووید19 (کرونا ویروس) در دو هفته اخیر را داشته ام:**

**مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده بیمار مشکوک/محتمل/قطعی کووید19 نموده ام**

**تماس شغلی (شامل همکار یا همکلاسی بودن) با فرد مبتلا به کووید19 در فضای بسته و مشترک( تماس بیش از 15 دقیقه در فاصله کمتر از 2 متر) داشه ام**

**همسفر بودن با فرد مبتلا به کووید19 در وسیله نقلیه مشترک**

**اطلاعات سلامت و علایم تنفسی خود را صادقانه در سامانه salamat.gov.ir ثبت کرده ام**

**بله خیر**

**امضای دانشجو**