

فدراسیون پزشکی ورزشی
هیات پزشکی ورزشی استان
فرم خود اظهاری بازگشت به اماکن ورزشی

ورزشکار/ همکار اظهار

دارای کد ملی به شماره

اینجانب

می نمایم:

۱- در یک هفته اخیر علائم زیر را نداشته ام:

- تب - لرز - سرفه - تنگی نفس - گلو درد - بدن درد - احساس خستگی و ضعف - درد یا احساس سنگینی در قفسه سینه

۲- سابقه تماس نزدیک (فاصله کمتر از ۲ متر) با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در دو هفته اخیر را نداشته ام:

مراقبت مستقیم از بیمار مشکوک / محتمل/ قطعی کووید-۱۹

هرگونه تماس شغلی (شامل همکار بودن) با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در فضای بسته مشترک (تماس بیش از ۱۵ دقیقه در فاصله کمتر از ۲ متر)

همسفر بودن با فرد مبتلا در وسیله نقلیه مشترک

۳- اطلاعات سلامت و علائم تنفسی خود را در سامانه Salamat.gov.ir ثبت نام کرده ام

اینجانب به کد ملی _____ تعهد می نمایم در صورت بروز هرگونه علائم تنفسی فوق مراتب را فوراً به مدیر باشگاه اطلاع داده و نیز گواهی می کنم پاسخ کلیه پرسش ها را با هوشیاری، دقت و صداقت ثبت نموده ام و هرگونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع به عهده اینجانب می باشد.

امضا

تاریخ

نام نام خانوادگی