



فرم پیشنهادی خود اظهاری فرد در هنگام شروع به کار

با توجه به لزوم ثبت نام کلیه واحدهای صنعتی در سامانه اعلامی، پیشنهاد می گردد کارفرمایان محترم، به جهت اهمیت جلوگیری از مبتلا شدن نیروی کار، با اخذ تعهد فوق به لزوم رعایت دستورالعمل های مربوطه تاکید نمایند.

فرم خود اظهاری فرد جهت بازگشت به کار

گام دوم مبارزه با کووید-۱۹ (کرونا ویروس) فاصله گذاری اجتماعی و الزامات سلامت محیط کار و صنایع در صنایع تولیدی

اینجانب دارای کد ملی به شماره شاغل / در حال تحصیل / کارآموزی در (واحد کاری / سازمان) دارای عنوان شغلی به میل و اختیار خود در محل کار حاضر شده ام و اظهار می نمایم:

۱- در سه روز 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 دو متر) با فرد مبتلا به کووید ۱۹ (کرونا ویروس) در دو هفته اخیر را نداشته ام.

- مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده بیمار مشکوک / محتمل / قطعی / کووید ۱۹ نموده است □
- هر گونه تماس شغلی (شامل همکار بودن یا همکلاس بودن) با فرد مبتلا به کووید ۱۹ در فضای بسته مشترک (تماس بیش از ۱۵ دقیقه در فاصله کمتر از دو متر) □
- همسفر بودن با فرد مبتلا به کووید ۱۹ در وسیله نقلیه مشترک □

۳- اطلاعات سلامت و علائم تنفسی خود را در سامانه salamat.gov.ir ثبت نام کرده ام □ و در غیر این صورت متعهد می شوم ظرف ۲۴ ساعت نسبت به ثبت اطلاعات در سامانه مذکور اقدام نمایم □

۴- از ضرورت و اهمیت رعایت مسائل بهداشتی جهت مقابله با بیماری کووید ۱۹ و حفظ سلامت خود و سایر اشخاص اطلاع دارم و با توجه به اینکه ابلاغ و رعایت اصول مندرج در راهنماهای بهداشتی ابلاغی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی توسط کارفرما صورت پذیرفته است، خود را ملزم و متعهد به یادگیری و رعایت نکات و اصول بهداشتی عمومی و تخصصی ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کارفرما در محیط کار از قبیل شست و شو و ضدعفونی کردن دست و صورت و لوازم کار شخصی و رعایت فاصله اجتماعی هوشمند می دانم □

اینجانب به کد ملی تعهد می نمایم در صورت بروز هر گونه علائم تنفسی فوق، مراتب را به کارفرما/نماینده معرفی شده از طرف کارفرما، اطلاع دهم و نیز گواهی می کنم مجدداً در سامانه salamat.gov.ir ثبت نام نمایم. گواهی مینمایم پاسخ کلیه پرسش های فوق را با هوشیاری، دقت و صداقت ثبت نموده ام و هر گونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع و عدم رعایت مقررات بهداشتی در قبال خود و دیگران، به عهده اینجانب می باشد.

امضاء

تاریخ

نام و نام خانوادگی