



## حوزه معاونت پژوهشی و فناوری

### فرم خوداظهاری جهت حضور در آزمایشگاه

اینجانب ..... دارای کد ملی به شماره..... شاغل / در حال تحصیل در (دانشکده) ..... دانشجوی مقطع ..... اظهار مینمایم.

- در سه روز اخیر علائم زیر را نداشته ام: ۱- احساس خستگی و ضعف □ بدن درد □ گلودرد □ تنگی نف □ سرفه □ لرز □ تب □ درد یا احساس سنگینی در قفسه سینه □. ۲- دو هفته با فرد مبتلا به کووید(کرونا ویروس) سابقه تماس نزدیک را نداشته ام □. ۳- مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده بیمار مشکوک/ محتمل/ قطعی کووید در فضای بسته را نداشته ام □. ۴- هر گونه تماس شغلی (شامل همکار بودن یا همکلاس بودن) با فرد مبتلا به کووید نداشته ام □. ۵- همسفر بودن با فرد مبتلا به کووید نداشته ام □. ۶- اطلاعات سلامت و علائم تنفسی خود را در سامانه [salamat.gov.ir](http://salamat.gov.ir) ثبت کرده ام □.

### تعهد نامه حضور در آزمایشگاه

اینجانب ..... دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد/ دکتری رشته ..... به شماره دانشجویی ..... به کد ملی..... تعهد مینمایم در صورت بروز هرگونه علائم تنفسی فوق، مراتب را به ریاست دانشکده اطلاع دهم و نیز گواهی می دهم مجددا در سامانه ثبت نام نمایم و پاسخ کلیه پرسشها را با هوشیاری، دقت و صداقت در سامانه [salamat.gov.ir](http://salamat.gov.ir) ارائه دهم و هرگونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع، به عهده اینجانب میباشد. همچنین ضمن اطلاع از شرایط خاص این روزها در خصوص شیوع ویروس کرونا، متعهد به رعایت پروتکل بهداشتی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و کلیه اقدامات بهداشتی لازم برای جلوگیری از گسترش ویروس کرونا زیر نظر مسئولین محترم آزمایشگاه می باشم. ضمنا حضور اینجانب صرفا به درخواست خود بوده است و اجباری از طرف دانشگاه و استاد راهنما صورت نگرفته است. همچنین متعهد می شوم که موارد ذیل را رعایت نمایم.

- فرم خوداظهاری سامانه سلامت را تکمیل و به تأیید پزشک معتمد دانشگاه ( اقای دکتر کریم افشین به ادرس یاسوج - خیابان پزشک درمانگه صدرا) برسانیم.
- گواهی می نمایم که این فعالیت آزمایشگاهی قابل تعویق به زمان دیگری نیست.
- تنها در ساعت اداری و با نظارت مسئول آزمایشگاه(بر اساس نظر دانشکده) در آزمایشگاه فعالیت می نمایم.
- تمام سطوح مورد استفاده را در انتهای کار با نظارت مسئول آزمایشگاه ضد عفونی می کنم.
- قوانین مربوط به حفظ فاصله امن و تعداد افراد مجاز در آزمایشگاه که توسط مسئول آزمایشگاه اعلام می شود را رعایت می کنم.
- در زمان حضور در آزمایشگاه همواره از ماسک و دستکش استفاده می نمایم.
- در صورت بروز هر یک از علائم بیماری مانند تب، لرز، سرفه خشک، گلودرد، از دست دادن حس بویایی یا چشایی و یا ابتلای خانواده و نزدیکان، ضمن اطلاع به مسئولین آزمایشگاه، از حضور در دانشگاه اجتناب خواهم کرد.

امضا

نام و نام خانوادگی