

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.ogv.ir ثبت نام کرده ام

تعهد می نمایم در صورت بروز هرگونه علائم

به کد ملی

اینجانب

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