

## 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/قطعاً 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](http://Salamat.gov.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