

## فرم خوداظهاری و تعهد مشاغل برای بازگشت به کار در طرح فاصله گذاری اجتماعی و الزامات سلامت محیط کار در صنوف کاشان

اینجانب ..... فرزند ..... دارای کد ملی به شماره ..... دارای عنوان شغلی ..... به شماره پروانه فعالیت ..... به آدرس ..... و شماره تماس ..... اظهار می نمایم:

اینجانب طی دو هفته گذشته هیچ کدام از علائم زیر را نداشته ام:

● تب ● لرز ● سرفه ● تنگی نفس ● گلودرد ● بدن درد ● احساس خستگی و ضعف ● سنگینی در قفسه سینه

اینجانب موارد زیر را تایید میکنم:

- سابقه تماس نزدیک (فاصله کمتر از ۲ متر) با فرد مبتلا به بیماری کوید ۱۹ (ویروس کرونا) در دو هفته اخیر نداشته ام.
- مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده بیمار مشکوک/محتمل/قطعی کوید ۱۹ نموده است را نداشته ام.
- هرگونه تماس شغلی (شامل همکار بودن) با فرد مبتلی به کوید ۱۹ در فضای بسته مشترک (تماس بیش از ۱۵ دقیقه در فاصله کمتر از دو متر) را نداشته ام.
- تجربه همسفر بودن با فرد مبتلا به کوید ۱۹ در وسیله نقلیه مشترک را نداشته ام.

اینجانب متعهد به اجرای مفاد زیر میگردم:

۱. اطلاعات سلامت و علائم تنفسی خود و پرسنل را ظرف ۲۴ ساعت آتی در سامانه [Salamat.gov.ir](http://Salamat.gov.ir) ثبت نمایم.
۲. به درگاه اطلاع رسانی وزارت بهداشت به آدرس [Markazsalamat.behdasht.gov.ir](http://Markazsalamat.behdasht.gov.ir) مراجعه میکنم و دستورالعمل (عهد نامه) وزارت بهداشت در خصوص فاصله گذاری اجتماعی و الزامات سلامت محیط و کار را مطالعه و رعایت میکنم.
۳. نسبت به تامین اقلام بهداشتی مانند ماسک، دستکش و مواد ضد عفونی کننده برای خود و پرسنل اقدام نمایم و ملزم به رعایت بهداشت و فاصله گذاری اجتماعی و دستورالعمل (عهد نامه) های بهداشتی هستم.
۴. موظف هستم فرم خود اظهاری - مورد تایید اتاق اصناف کاشان - و همچنین دستورالعمل (عهد نامه) بهداشتی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی را در محل فعالیت خود نصب نمایم. در صورت ارائه گزارش توسط دستگاه های نظارتی مبنی عدم نصب فرم خود اظهاری و دستورالعمل (عهد نامه) بهداشتی در محل کار برابر مقررات با اینجانب برخورد شود.
۵. در صورت بروز هرگونه علائم تنفسی فوق یا هرگونه مورد مشکوک به ابتلا به بیماری کرونا برای خود و پرسنل، سریعاً به یکی از مراکز خدمات غربالگری بیماری کرونا در کاشان (مرکز خدمات جامع سلامت گلابچی کاشان، مرکز خدمات جامع سلامت راوند، مرکز خدمات جامع سلامت فین بزرگ) مراجعه نمایم.

اینجانب ..... به عنوان کارفرما / صاحب پروانه فعالیت تعهد می نمایم کلیه موارد فوق را

رعایت کنم و پاسخ کلیه پرسش ها را با هوشیاری، دقت و صداقت تکمیل نام نموده ام و هرگونه عواقب ناشی از

پاسخ نادرست و خلاف واقع به عهده اینجانب می باشد.

مهر و امضای اتاق اصناف کاشان

مهر و امضا اتحادیه

نام و نام خانوادگی

تاریخ

امضا