

赣南医学院2021年同等学力人员现场确认 个人健康状况申报及承诺书

姓名:		身份证号码:			
现居住城市:		手机:			
天数	日期	体温℃	本人、家人或共同居住者是否有本表附1状况（打“√”）	是否有中高风险地区旅居史，接触过境外返回人员或中高风险地区人员（打“√”）	备注
第1天	月 日		有□ 无□	有□ 无□	
第2天	月 日		有□ 无□	有□ 无□	
第3天	月 日		有□ 无□	有□ 无□	
第4天	月 日		有□ 无□	有□ 无□	
第5天	月 日		有□ 无□	有□ 无□	
第6天	月 日		有□ 无□	有□ 无□	
第7天	月 日		有□ 无□	有□ 无□	
第8天	月 日		有□ 无□	有□ 无□	
第9天	月 日		有□ 无□	有□ 无□	
第10天	月 日		有□ 无□	有□ 无□	
第11天	月 日		有□ 无□	有□ 无□	
第12天	月 日		有□ 无□	有□ 无□	
第13天	月 日		有□ 无□	有□ 无□	
第14天 (现场确认)	月 日		有□ 无□	有□ 无□	

附1. 体温 ≥ 37.3 度或出现咳嗽、咽痛、乏力、肌肉酸痛、胸闷、呼吸困难、恶心呕吐、腹泻、结膜炎等症状。

本人承诺：

1. 以上内容均如实填写，如因隐瞒病情及接触史引起影响公共安全的后果，本人愿意承担相应的法律责任，自愿接受《治安管理处罚法》《传染病防治法》和《关于依法惩治妨害新型冠状病毒感染肺炎疫情防控违法犯罪的意见》等法律法规的处罚和制裁。

2. 本人系自愿参加本年度现场确认工作，已知晓本次工作的全部要求及风险提示，承诺做好个人防护，由此带来的任何不利影响和后果由本人负责。

考生本人签名：

年 月 日

