

**حوزه معاونت پژوهشی و فناوری**

**فرم خوداظهاری جهت حضور در آزمایشگاه، گروه و دانشکده جهت انجام امور پژوهشی مربوط به پایان نامه /رساله**

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

 - در سه روز اخیر علائم زیر را نداشته ام: 1- احساس خستگی و ضعف □بدن درد □گلودرد □تنگی نف □سرفه □لرز □تب □ درد یا احساس سنگینی در قفسه سینه □. 2- دو هفته با فرد مبتلا به کووید(کرونا ویروس) سابقه تماس نزدیک را نداشته ام □. 3 - مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده بیمار مشکوک/ محتمل/ قطعی کووید در فضای بسته را نداشته ام □.4 - هر گونه تماس شغلی (شامل همکار بودن یا همکلاس بودن) با فرد مبتلا به کووید نداشته ام □. 5- همسفر بودن با فرد مبتلا به کووید نداشته ام□.6- اطلاعات سلامت و علائم تنفسی خود را در سامانه salamat.gov.ir ثبت کرده ام□. **در ضمن گواهی سلامت خود را به تایید پزشک رسانده ام.**

**تعهد نامه حضور در آزمایشگاه**

اینجانب ......................................... دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد/ دکتری رشته ......................................... به شماره دانشجویی ............................. به کد ملی...................... تعهد مینمایم درصورت 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 ارایه 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. همچنین متعهد می شوم که موارد ذیل را رعایت نمایم.

* فرم خوداظهاری سامانه سلامت را تکمیل و به تأیید پزشک عمومی (در هر مطب، درمانگاه، کلینیک و ..) 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.

نام و نام خانوادگی امضا