附件1:

**新冠肺炎疫情防控健康承诺表**

姓 名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 家庭住址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

报考岗位： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| 近14天有无到境外旅居史 | □无 □有：国家 ，交通方式 |
| 近14天有无与境外归国人员密切接触史 | □无 □有：国家 |
| 近14天有无湖北/武汉旅居史 | □无 □有：城市 ，交通方式 |
| 近14天有无“四省七市”旅居史 | □无 □有：城市 ，交通方式 |
| 近14天有无接触新冠肺炎确诊病例 | □无 □有：接触地点 ，可能接触方式 |
| 近14天有无接触新冠肺炎无症状感染者 | □无 □有：接触地点 ，可能接触方式 |
| 近14天有无接触新冠肺炎疑似病例 | □无 □有：接触地点 ，可能接触方式 |
| 近7天核酸检测结果 | □未做 □阴性 □阳性 |
| 近7天血清学IgG抗体结果 | □未做 □阴性 □阳性 |
| 近14天有无以下临床表现：  □发热（≥37.3℃），□干咳，□咳痰，□咽痛，□乏力，□气促，□胸闷，□头痛，□恶心，□呕吐，□腹泻，其他症状： | |
| 健康电子码颜色 | □绿 □黄 □红 |
| 本人承诺以上内容均属实。（本人手写）    签名：  年 月 日 | |