



فرم خود اظهاری فعالیت در آزمایشگاه

اینجانب با شماره دانشجویی دانشجوی مقطع رشته اظهار می نمایم:

- ۱- در سه روز اخیر هیچ یک از علائم بیماری کووید ۱۹ شامل تب، لرز، سرفه، تنگی نفس، گلودرد، بدن درد، احساس خستگی و ضعف، درد یا احساس سنگینی در قفسه سینه نداشته ام.
 - ۲- سابقه تماس نزدیک (فاصله کمتر از ۲ متر) با فرد مبتلا به کووید (۱۹ کرونا ویروس) در دو هفته اخیر را نداشته ام.
 - ۳- مسئولیت مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده مشکوک/محمّل/قطعی به بیماری کووید ۱۹ نداشته ام.
 - ۴- با فرد مبتلا به کووید ۱۹ در وسیله نقلیه مشترک حضور نداشته ام.
- تعهد می نمایم در صورت بروز هرگونه علائم تنفسی فوق مراتب را به استاد راهنما و مدیر گروه آموزشی اعلام نمایم و نیز گواهی می نمایم 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.
- ضمناً اطلاعات سلامت و علائم تنفسی خود را در سامانه خود اظهاری salamat.gov.ir اعلام و تصویر آن را به پیوست ارسال کرده ام.

امضاء:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی:



فرم تعهدنامه و فعالیت در آزمایشگاه

استاد محترم راهنما

جناب آقای / سرکار خانم دکتر.....

با سلام و احترام؛

به استحضار می رساند اینجانب با شماره دانشجویی دانشجو
مقطع بنا به یکی از دلایل زیر متقاضی فعالیت در آزمایشگاه می باشم.

همکار قرارداد های پژوهشی برون دانشگاهی مصوب دانشگاه

نیاز به انجام کار آزمایشگاهی جهت تصحیحات مقاله

اتمام سنوات در صورت تاییدیه آموزش مبنی بر عدم امکان حذف ترم بدون درج در سنوات

محدودیت زمانی با توجه به ماهیت نمونه های آزمایشگاهی به دلیل.....

(تاکید می شود که حضور دانشجو صرفا بنا به درخواست شخص وی بوده و مسئولیت هر گونه عواقب ناشی از عدم رعایت
ضوابط و دستورالعمل های اعلامی توسط دانشگاه و مراجع بهداشتی کشوری نیز بر عهده ی دانشجو خواهد بود).

زمان مورد تقاضا جهت حضور در آزمایشگاه

ایام هفته	ساعت ورود	ساعت خروج	توضیحات
شنبه			حضور دانشجو در آزمایشگاه صرفا در ساعات اداری (۷:۳۰ الی ۱۳:۳۰) مجاز است.
یک شنبه			
دوشنبه			
سه شنبه			
چهارشنبه			

نام و نام خانوادگی :

تاریخ:

امضاء: