附件2

个人健康申报承诺书

日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 单位 |  | |
| 联系电话 |  | | | |
| 有无以下情况：（在相应位置打✔）  ①14天内是否有发热、咳嗽、乏力、呕吐、腹泻等症状？有 无  ②21天内是否有国内疫情中高风险地区旅居史？  有 无  ③21天内是否有国（境）外旅居史？有 无  ④21天内是否与其他去过中高风险地区正在居家医学观察期的人员共同居住？有 无  ⑤是否被判为新冠肺炎确诊、疑似病例或无症状感染者的密切接触者？是 否  ⑥是否接种新冠病毒疫苗？  A完成接种 ；B仅接种第一针 ；C未接种 | | | | 有此情况请简单描述： |
| 需要申报的其他情况： | | | | |
| 本人承诺：  ①本人充分理解并遵守考评期间各项防疫安全要求，自行做好防护，自觉配合体温测量并提供符合防疫要求的相关证明。  ②以上内容属实，如隐瞒、虚报、谎报，本人愿意承担相关法律责任和后果。  承诺人（签名）： | | | | |