

## 健康承诺书

为了您和他人的健康，请如实填写本表，如隐瞒或虚报填写，将依法追究责任。

姓名：\_\_\_\_\_ 身份证号：\_\_\_\_\_

性别：\_\_\_\_\_ 现居住地：\_\_\_\_\_

- 1、近 14 天内是否被诊断为新冠肺炎、疑似患者、密切接触者： 是 否
- 2、近 14 天内是否有发热、咳嗽、乏力、胸闷等症状： 是 否
- 3、近 14 天内家庭成员是否有被诊断为新冠肺炎、疑似患者、密切接触者： 是 否
- 4、近 14 天是否接触确诊的新冠肺炎患者、疑似患者、境外返乡者、密切接触者： 是 否
- 5、近 14 天内是否被集中隔离观察或留观后已解除医学观察： 是 否
- 6、近 14 天是否到过中高风险地区，或与该地区人员有接触史： 是 否
- 7、近 14 天内是否被要求居家或集中隔离观察： 是 否
- 8、是否已接种新冠疫苗： 是 否

本人对以上提供的健康相关信息的真实性负责，如因信息不实引起疫情传播和扩散，愿承担由此带来的一切法律责任，在考试期间出现发热、咳嗽、乏力、胸闷等症状，同意取消面试资格。

承诺人签字：

联系电话：