



راهنمای گام دوم مبارزه با کووید-۱۹ (کرونا ویروس) فاصله‌گذاری اجتماعی و الزامات سلامت محیط و کار در انواع آزمون‌ها

## پیوست ۱ فرم ۱/۱: فرم خوداظهاری داوطلبان آزمون جهت حضور در آزمون

اینجانب ..... دارای کد ملی به شماره..... داوطلب آزمون ..... به شماره		
داوطلبی ..... اظهار می‌نمایم:		
مبتلا به بیماری کووید-۱۹ <input type="checkbox"/> می‌باشم <input type="checkbox"/> نمی‌باشم .		
پاسخ فوق را با هوشیاری و صداقت ثبت نموده و هرگونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع به عهده		
اینجانب می‌باشد.		
نام و نام خانوادگی	تاریخ	امضا