附件2：

大连市卫生健康系统招募疫情防控

公共卫生工作志愿者知情同意书

本人\_\_\_\_ \_\_\_(身份证号码：\_\_\_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_），本人已认真阅读并完全理解《大连市卫生健康系统招募疫情防控公共卫生工作志愿者公告》的内容，已知晓志愿服务内容主要有：流行病学调查和处理、实验室检测、消毒消杀、健康宣教、咨询服务等公共卫生相关工作，并知晓有可能在志愿服务过程中感染新冠肺炎或有其他意外伤害。

本人自愿参加此次志愿服务，并承诺所有填写内容均真实有效。

签名：

年 月 日