

附件：

## 考试疫情防控承诺书

姓名：                    性别：                    手机号码：                    身份号码：

通信大数据行程卡（您于前7天内到达或途经）：

本人现所在地（详细填写具体到门牌号）：

有关情况	本人	共同居住人员
<b>一、流行病学史</b>		
1.7天内是否有中、高风险地区旅居史 具体地区名单：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2.7天内是否有低风险地区旅居史 如有，抵朝后是否完成3天两次核酸检测 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3.10天内本人是否有港澳台或境外旅居史	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4.7天内是否接触过来自中、高风险地区的有发热或呼吸道症状的患者	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5.7天内是否接触过新冠病毒感染者或其密切接触者	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6.是否为聚集性发病患者（7天内在小范围如家庭、办公室、学校班级等场所，出现2例及以上发热或呼吸道症状的患者）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<b>二、风险人群</b>		
1.是否为流行病学史中所述任一情况人员的共同居住者	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2.本人或共同居住者从事可能接触新冠病毒或新冠病毒感染者相关工作的较高风险人群，主要包括：		
①是否为进口冷链、海鲜、肉类等食品监管和从业人员等	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
②是否为集中医学观察场所从业人员等	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
③是否为进口货物或入境口岸相关从业人员等	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3.是否为纳入社区管理处于健康监测期的来自中高风险地区人员、解除医学观察人员、入境人员等。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<b>三、新冠肺炎相关症状</b>		
目前有，或者7天内有： 发热 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 干咳 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 乏力 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 鼻塞 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 流涕 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 咽痛 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 肌痛 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 结膜炎 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 腹泻 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 嗅（味）觉减退（丧失） <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

本人承诺：填报内容完全真实，如有虚假，本人愿意承担由此产生的一切后果。

承诺人签名：

年 月 日