附件1

健康筛查承诺书

尊敬的各位考生，根据有关法律法规规定，为了您和他人健康，请如实逐项填报，如有隐瞒或虚假填报，将依法追究相关责任。

姓名： 性别：□男 □女 联系方式：

职位编码： 职位名称：

身份证号： 详细居住地址：

请详细阅读并完成以下问卷，请在“□”中划“√”

1. 体检前两周内您本人是否出现以下症状，请在相应“□”中划“√”。

□发 热（≥37.3℃） □咳 嗽 □嗓子痛（咽痛）

□胸 闷 □腹痛 □腹泻 □头痛

□无上述症状 □其它症状

2. 体检前14天内你本人或者共同生活人员曾接触过新冠肺炎疑似病例、确诊病例和无症状感染者人员？

□否 □是 最后接触时间： 月 日

3. 你本人或共同生活人员有疫情高、中风险区及境外旅居史？

□否 □是 涉及地： 省（国家） 市（城市），返蓉时间： 月 日

4. 你本人或共同生活人员曾接触过高、中风险区高危人员或境外抵蓉人员？

□否 □是 最后往来时间： 月 日

5. 你本人有其他需要说明的情况。

我已阅读本承诺书中所列事项，并保证以上填报内容准确真实。如有隐瞒或不实，本人愿意承担相关法律后果。

承诺人签名（捺印）：

2020年 月 日