**兴县“人才团圆计划”健康管理信息承诺书**

 附件2：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  |
| 现居住地 |  |
| 14天内是否离开山西（）是 （）否（若选“是”则转至右侧） |  目的地详细地址： |
|  返程日期： |
|  返程是否经过中高风险地区：（） 是（）否 |
|  返程交通方式： （）飞机（班次： ） （）火车（班次： ） （）汽车（发车时间： ） （）自驾 （）其他  |
|  本人14天内居住地是否有新冠肺炎确诊病例、疑似病例或无症状感染者：（）是 （）否 |
|  本人是否为仍在隔离治疗期的新冠肺炎确诊病例、疑似病例或无症状感染者，以及 集中隔离期未满的密切接触者：（）是 （）否 |
|  本人是否有新冠肺炎确诊病例、疑似病例或无症状感染者密切接触史：（）是 （）否 |
|  本人14天内有无以下情况：（）发热 （）咳嗽 （）流涕 （）咽痛 （）咳痰 （）胸痛 （）肌肉酸痛 （）关节痛 （）气促 （）腹泻 （）无上述症状 |

以上信息有选择项目的，请在相应文字前的（ ）内打“√”。

本人承诺以上提供的资料真实准确。如有不实本人愿意承担由此引起的一切后果和法律责任。

 承诺人（签字）： 日期： 年 月 日