附件3

体能测评人员健康管理信息承诺书

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 情 形  姓 名 | | 健康排查（流行病学史筛查） | | | | | | |
| 21天内国内中、高风险等疫情重点地区旅居地（县（市、区）） | | 28天内境外旅居地（国家地区） | 居住社区21天内发生疫情  ①是  ②否 | 属于下列哪种情形  ①确诊病例②无症状感染者③密切接触者④次密切接触者⑤“同时空”伴随人员⑥与感染者活动时空轨迹重叠人员⑦中高风险地区人员⑧全域封闭管理地区人员⑨其他根据疫情防控工作需要集中隔离人员⑩以上都不是 | 是否解除医学隔离观察  ①是  ②否  ③不属于 | 核酸检测  ①阳性  ②阴性  ③不需要 |
|  | |  | |  |  |  |  |  |
| 健康监测（自体能测评公告发布之日起） | | | | | | | | |
| 天数 | 监测  日期 | | 健康码  ①红码  ②黄码  ③绿码 | 早体温 | 晚体温 | 是否有以下症状  ①发热②乏力、味觉和嗅觉减退③咳嗽或打喷嚏④咽痛⑤腹泻⑥呕吐⑦黄疸⑧皮疹⑨结膜充血⑩都没有 | 如出现以上所列症状，是否排除疑似传染病  ①是  ②否 | |
| 1 |  | |  |  |  |  |  | |
| 2 |  | |  |  |  |  |  | |
| 3 |  | |  |  |  |  |  | |
| 4 |  | |  |  |  |  |  | |
| 5 |  | |  |  |  |  |  | |
| 6 |  | |  |  |  |  |  | |
| 7 |  | |  |  |  |  |  | |
| 8 |  | |  |  |  |  |  | |
| 9 |  | |  |  |  |  |  | |
| 10 |  | |  |  |  |  |  | |
| 11 |  | |  |  |  |  |  | |
| 12 |  | |  |  |  |  |  | |
| 13 |  | |  |  |  |  |  | |
| 14 |  | |  |  |  |  |  | |
| 体测当天 |  | |  |  |  |  |  | |

本人承诺：以上信息属实，如有虚报、瞒报，愿承担责任及后果。

签字： 身份证号： 联系电话：