附件3：

个人健康声明

姓名：性别： **□**男□女出生日期：年 月日

籍贯：父母（子女）所在城市：

常住地：近一个月曾去过其他地方来回日期

14天内曾经在乌鲁木齐、大连、境外国家地区居住或到过。□否□是

14天内曾经有乌鲁木齐、大连、境外国家地区的亲友来过家里。□否□是

14天内是否接触过乌鲁木齐、大连、境外国家地区回来的人。□否□是

你是否有以下症状，如有请在□中划√，□否□是

□发热体温 □寒战 □咳嗽 □胸闷 □呼吸困难

若14天内到访或接触过来自境外国家地区的人员，请注明具体境外国家地区\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

本人承诺以上声明情况属实，如有不实，愿接受有关法律法规处理并自负由此产生的一切后果。

本人签字：日期：2020年 月日