附件2：

个人健康状况自报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 联系电话 | |  | | |
| 单位及职务 |  | | 是否接种新冠疫苗 | |  | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | |
| 个人身体状况（正常、或者有发烧症状、有咳嗽症状；有其它症状的也应如实填写） | 8月29日 | 8月30日 | 8月31日 | | 9月1日 | | 9月2日 |
|  |  |  | |  | |  |
| 9月3日 | 9月4日 | 9月5日 | | 9月6日 | | 9月7日 |
|  |  |  | |  | |  |
| 9月8日 | 9月9日 | 9月10日 | | 9月11日 | |  |
|  |  |  | |  | |  |
| 8月29日—9月11日期间是否去过疫情中高风险地区（含境外旅行史） | |  | | | | | |
| 8月29日—9月11日期间是否接触过疫情中高风险地区人员或越籍人员 | |  | | | | | |
| 8月29日—9月11日期间是否与确诊病例或疑似确诊病例有接触 | |  | | | | | |
| 8月29日—9月11日是否有因发烧、咳嗽就诊史 | |  | | 是否已经痊愈 | |  | |
| 是否被当地疾控部门或村委会（社区）要求隔离 | |  | | 是否已经解除隔离 | |  | |
| 本人承诺：以上记录属实，如有虚假，本人愿意承担法律责任。  签名：　　　　　　　　　 日期：2020年9月12日 | | | | | | | |

中高风险地区名单可从微信小程序“国务院客户端”查询。