**附件2：**浙江机电职业技术学院

培训学员健康承诺书

一、基本情况

姓名： ；性别：□男 □女；

出生日期： 年 月 日；

身份证号：；

户籍所在地： 省 市 县（区） 乡（镇、街道） 村 号；

当前住址： 省 市 县（区） 乡（镇、街道） 村 号；

培训项目名称： ；联系电话： 。

您当前所持杭州健康码颜色：□绿色 □黄色 □红色

本人及家庭成员是否为新冠肺炎确诊病人或疑似病人 □是 □否

如是，请提供诊治医院康复证明 □有 □否

本人及家庭是否曾被要求隔离医学观察（或居家观察）□是 □否

如是，请提供解除隔离观察证明 □有 □否

二、流行病学史

参加培训前14天，您是否有以下情况（打√表示）：

1.是否有出现任何身体不适的症状？

□咳嗽 □感冒 □发热 □ 乏力 □呼吸困难 □腹泻 □其他

□以上均无

2.是否曾出国或出境？ □是 □否

如是，请具体填写什么时候到过哪些国家和地区：

3.是否到过国内重点疫区？ □是 □否

4.是否接触过来自重点疫区或其他有本地病例持续传播地区的发热或有呼吸道症状患者？ □是 □否

5.周围人群中有无2人及以上出现发热、干咳等症状或接触过新冠肺炎患者？ □是 □否

6.家人/同住人员有无发热、干咳等症状 □有 □无

如有，请描述患者姓名、与申报人关系及诊治情况：

非常感谢您的认真填写与积极配合！

如若发现情况请及时报告疾控中心。为了您和家人的健康，请自觉遵守防控要求，加强个人防护，主动配合。对刻意隐瞒，拒不配合者，造成后果的，公安机关将依法追究法律责任。

我承诺，对所填信息完全负责。

承诺人：

日 期：