个人健康信息承诺书

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 身份证号 | |  | |
| 手机号码 | |  | | 准考证号 | |  |
| 本人承诺： | | | | | | |
| 1.是否被诊断肺炎确诊病例或疑似病例；是□ 否□ | | | | | | |
| 2.是否有发热、干咳、呼吸急促、腹泻等身体不适症状；是□ 否□  3.是否在21天内有与确诊、疑似患者接触史；是□ 否□ | | | | | | |
| 4. 一个月内是否有高风险、中风险地区旅居史；是□ 否□  5.一个月内有境外旅居史的人；是□ 否□  6.其他情况请注明： | | | | | | |
| 现场体温： ℃ | | | | | | |
| 本人对以上提供的健康相关信息的真实性负责，如因信息不实引起疫情传播和扩散，愿承担由此带来的全部法律责任。 | | | | | | |
| 承诺人： | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |

**注---**法律责任：根据《刑法》第三百三十条规定：拒绝执行卫生传染病传播或者有传播严重危险的，处三年以下有期徒刑或者拘役；后果特别严重的，处三年以上七年以下有期徒刑。