附件2

沣西新城2020年公开招聘教育卫生系统工作人员个人健康申报表

根据有关规定，为了您和大家的健康，请如实填报本表，如隐瞒或虚假填报，将依法追究责任。请应聘人员及时、准确的填写以下内容，非常感谢您的配合！

姓名： 性别：男□ 女□ 出生日期：

身份证号码：

手机号码：

过去14天内居住地址：(如有几处，如实填写，具体到门牌号)

户籍地址：

本次考试出行方式：□飞机 □动车 □自驾

□地铁线路 □公共汽车 □其他交通方式

是 否

（1）14天内是否被诊断为新冠肺炎、疑似患者、密切接触者： □ □

（2）14天内是否曾有发热、持续干咳症状： □ □

（3）14天内家庭成员是否有被诊断为新冠肺炎、疑似患者、密切接触者： □ □

（4）14天内是否与确诊的新冠肺炎患者、疑似患者、密切接触者有接触史：□ □

（5）14天内是否与发热患者有过密切接触： □ □

（6）14天内是否到过疫情高风险地区，或与该地区人员有接触史。 □ □

以上内容属实，如隐瞒、虚报，本人承担一切法律责任和相应后果。

申报人（签字并按手印）：

填报日期：