附件3

**个人身体健康状况信息承诺书**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | | 户籍所在地 |  | | |
| 现住址 |  | | | 手机号 | | |  | | | |
| 身份证号 |  | | | | | | | | | |
| 是否为中、高风险地区  来保人员 | | |  | | | | | | | |
| 疫情期间未离保 | | |  | | 抵（在）保时间： 年 月 日 | | | | | |
| 笔试前14天有无发热、  咳嗽、呼吸不畅等症状 | | |  | | | 是否与新冠肺炎确诊病例、疑似病例、无症状感染者及上述3类人员密切接触者有密切接触史 | | | |  |
| 家人及共同居住人员是否存在发热、乏力、咳嗽、呼吸困难、腹泻等症状 | | |  | | | 是否有国（境）外或国内疫情中高风险地区旅居史 | | | |  |
| **以上所有内容务必如实填写完整。** | | | | | | | | | | |
| 日 期 | | 体 温 | | 日 期 | | | | | 体 温 | |
| 年 月 日 | |  | | 年 月 日 | | | | |  | |
| 年 月 日 | |  | | 年 月 日 | | | | |  | |
| 年 月 日 | |  | | 年 月 日 | | | | |  | |
| 年 月 日 | |  | | 年 月 日 | | | | |  | |
| 年 月 日 | |  | | 年 月 日 | | | | |  | |
| 年 月 日 | |  | | 年 月 日 | | | | |  | |
| 年 月 日 | |  | | 年 月 日 | | | | |  | |
| 年 月 日 | |  | | 年 月 日 | | | | |  | |
| 其他需要说明情况： | | | | | | | | | | |

**本人承诺：根据疫情要求，如实填写各项信息，如实测量、记录每日体温，保证以上信息真实、准确、有效，如有隐瞒，愿承担相应法律后果。**

**下载打印后，本人签字，带至考场。**

承诺人（签字）：

日 期： 年 月 日