附件 4

考生健康信息承诺表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 身份证号 |  | | 手机号码 |  | |
| 住 址 |  | | | | |
| 14 天内是否有中高风险地区旅居史。 | | | | 是 | 否 |
| 14 天内是否有发热、咳嗽、乏力、胸闷等症状。 | | | | 是 | 否 |
| 过去是否被诊断为新冠肺炎确诊病例或疑似病例。 | | | | 是 | 否 |
| 14 天内是否与新冠肺炎确诊病例或疑似病例有密切接触。 | | | | 是 | 否 |
| 共同生活的家庭成员是否有14 天内从中高风险地区返回人员情况。 | | | | 是 | 否 |
| 如存在以上任意一种情况，请详细说明： | | | | | |
| 本人对提供的健康相关信息的真实性负责。如因不实信息引起疫情传播和 扩散，本人愿承担由此带来的全部法律责任。 | | | | | |
| 承诺人：  年 月 日 | | | | | |

注： 考生需在笔试和面试时将此表交工作人员。