附件3

第四届“中国创翼”创业创新大赛暨

江西·新余第二届“创领美好”创业大赛

选手健康承诺书

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | 年龄 | |  | | |
| 身份证号 |  | | | 手机号 |  | | | | |
| 出发地 | 省 市 县（区） 乡镇（街道） 村（居民小区） | | | | | | | | |
| 入渝居住地 | 乡镇（街道） 小区 栋 单元 | | | | | | | | |
| 联系人 |  | | | 手机号 |  | | | | |
| 出发时间 |  | | | 到达时间 |  | | | | |
| 交通出行  方式 | 汽车□ 火车□  飞机□ 自驾□ | | 车次/班次/航班号  中转信息及座位号 | | |  | | | |
| 过去14天您是否曾经到过湖北、武汉等重点疫区，或在其他有病例报告社区的居住史？ | | | | | | | 是□ | 否□ | |
| 过去14天内您是否接触过确诊病例或无症状阳性病例？ | | | | | | | 是□ | 否□ | |
| 过去14天内您是否接触来自湖北、武汉等重点疫区，或来自有病例报告社区的发热或有呼吸道症状患者？ | | | | | | | 是□ | 否□ | |
| 过去14天内您是否出现过发热、乏力、干咳、腹泻等症状？ | | | | | | | 发热□ 乏力□  干咳□ 腹泻□ | | |
| 本人是否在集中隔离医学观察场所留观过？ | | | | | | | 是□ | | 否□ |
| 如存在上述任意一种情况，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，本人愿意承担由此带来的全部法律责任。  本人签名： 时间： 年 月 日 | | | | | | | | | |

说明：根据《刑法》第三百三十条规定：拒绝执行卫生防疫机构依照《传染病防治法》提出的预防、控制措施的，引起甲类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。