

پیوست ۱ فرم ۱/۱: فرم خوداظهاری داوطلبان آزمون جهت حضور در آزمون

اینجانب دارای کدملی به شماره:
داوطلب آزمون:..... به شماره داوطلبی: اظهار
می نمایم:

مبتلا به بیماری کووید - ۱۹ می باشم نمی باشم

پاسخ فوق را با هوشیاری و صداقت ثبت نموده و هرگونه عواقب ناشی از
پاسخ نادرستو خلاف واقع به عهده اینجانب می باشد.

تاریخ:

نام و نام خانوادگی:

امضاء: