



**THÔNG BÁO TỜ KHAI BÁO Y TẾ
THAM DỰ ĐẠI HỘI ĐỒNG CỔ ĐÔNG**

1. **Họ tên:** CMND/ CCCD / Hộ chiếu số:.....
 2. **Giới tính:** Nam Nữ; 3. **Quốc tịch:** Việt Nam; Khác.....
 4. **Địa chỉ liên lạc:** 5. **Điện thoại:**

**** TRONG VÒNG 14 NGÀY QUA ÔNG/BÀ:**

6. **Có về từ nước ngoài:** Có Không
Nếu có: Nước, Nước quá cảnh (nếu có):.....
Thành phố/Tỉnh:.....
Ngày về hoặc đến Việt Nam:/...../202.....Chuyến bay số:.....ngày...tháng...năm 202....

7. **Có sống hoặc đã đến nơi có dịch lưu hành:**
 Có (từ ngày/...../.....đến ngày/...../202.....) Không
- Nếu có đến nơi có dịch lưu hành: tên thành phố / tỉnh, Chuyến bay số.....
ngày.....tháng.....năm 202....
- Điềm đi ngàytháng.....năm 202....; điềm đến ngàytháng.....năm 202....; Tuyến xe.....
Số vé xe.....; Xe khách:.....

***Có đi qua các địa điểm:**

- Bắc Giang Bắc Ninh Lạng Sơn Hải Dương
 Vĩnh Phúc Điện Biên Hà Nội Thái Nguyên
 Thanh Hóa Ninh Bình Các địa điểm bị phong tỏa tại TP HCM
 Không đi qua các địa điểm trên.

8. Có tiếp xúc với người được xác định hoặc nghi ngờ nhiễm COVID-19

- Có (ngày tiếp xúc:/...../.....) Không

9. Có tiếp xúc với người từ nước ngoài về (người Việt Nam hoặc người nước ngoài)

- Có (ngày tiếp xúc:/...../.....) Không

**** TRONG VÒNG 14 NGÀY QUA ÔNG/BÀ CÓ THẤY XUẤT HIỆN DẤU HIỆU NÀO SAU ĐÂY KHÔNG?**

Triệu chứng	Có	Không	Triệu chứng	Có	Không
• Sốt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Viêm phổi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Đau họng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Khó thở	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Mệt mỏi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tôi xin cam kết thông tin trên là đúng sự thật, tôi hiểu rằng nếu cung cấp thông tin sai có thể dẫn đến hậu quả nghiêm trọng. Tôi sẽ chịu trách nhiệm hoàn toàn về thông tin đã cung cấp.

.....giờ, ngày tháng..... năm 2021.
 Người khai (Ký và ghi rõ họ tên)