附件1-1

**2020年特种设备无损检测人员考试防疫承诺书**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | |
| 身份证号 |  | 联系方式 |  | |
| 居住地址 |  | | | |
| 14天内是否被诊断为新冠肺炎患者、疑似患者、密切接触者： | | | | 是☐否☐ |
| 14天内是否曾有发热、持续干咳症状： | | | | 是☐否☐ |
| 14天内家庭成员是否有被诊断为新冠肺炎患者、疑似患者、密切接触者： | | | | 是☐否☐ |
| 14天内是否与确诊的新冠肺炎患者、疑似患者、密切接触者有接触史： | | | | 是☐否☐ |
| 1个月内是否与发热患者有过密切接触； | | | | 是☐否☐ |
| 1个月内是否到过疫情高发地区，或者与该地区人员有接触史； | | | | 是☐否☐ |
| **以上情况属实，本人对此负责，并在参加考试期间做出以下承诺：** | | | | |
| 1、自觉保持个人及考试座位（工位）的清洁卫生，在考试期间佩戴口罩、不聚餐、不聚会、不去人口密集场所、勤洗手、勤消毒。  2、积极配合考试机构健康监测，如出现发烧、干咳等呼吸道症状时应及时向监考人员报告并听从其安排。  3、当要求被隔离时，积极配合。  4、当被确认为疑似病例或确诊为新冠肺炎患者，应积极配合治疗和调查。  本人承诺在考试期间积极配合考试机构防疫工作，不瞒报、不谎报、对自己承诺的事项承担法律责任。  **承诺人（签字）：**  **承诺时间：2020年 月 日** | | | | |

附1-2

**2020年特种设备无损检测人员14日体温自测记录**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 |  | | |
| 身份证号 | |  | | | 联系方式 |  | | |
| 居住地址 | |  | | | | | | |
| 序号 | 记录日期 | | 体温记录 | 身体状态是否异常 | | | 异常状态记录 | 备注 |
| 1 |  | |  | 是☐ 否☐ | | |  |  |
| 2 |  | |  | 是☐ 否☐ | | |  |  |
| 3 |  | |  | 是☐ 否☐ | | |  |  |
| 4 |  | |  | 是☐ 否☐ | | |  |  |
| 5 |  | |  | 是☐ 否☐ | | |  |  |
| 6 |  | |  | 是☐ 否☐ | | |  |  |
| 7 |  | |  | 是☐ 否☐ | | |  |  |
| 8 |  | |  | 是☐ 否☐ | | |  |  |
| 9 |  | |  | 是☐ 否☐ | | |  |  |
| 10 |  | |  | 是☐ 否☐ | | |  |  |
| 11 |  | |  | 是☐ 否☐ | | |  |  |
| 12 |  | |  | 是☐ 否☐ | | |  |  |
| 13 |  | |  | 是☐ 否☐ | | |  |  |
| 14 |  | |  | 是☐ 否☐ | | |  |  |
| **以上填写的内容真实有效，对自己填写的内容承担法律责任。** | | | | | | | | |
| **承诺人（签字）：**  **承诺时间：2020年 月 日** | | | | | | | | |

注：身体异常状态是指发热、干咳、乏力、鼻塞、流涕、咽痛、腹泻等症状。