**THÔNG TIN KHAI BÁO Y TẾ**

Họ và tên:…………………………………………………….

Số CMND:……………………………………………………

Năm sinh:……………Giới tính:………………Số điện thoại:………………….

Địa chỉ liên lạc:……………………………………………………………………

Để phòng, chống dịch bệnh Covid-19, Anh/Chị vui lòng cung cấp các thông tin như sau:

1. Trong 14 ngày qua, Anh/Chị có đến quốc gia/tỉnh/thành phố nào có dịch bệnh Covid-19 hay không? Nếu có, liệt kê từng địa điểm đã đến:

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

1. Trong 14 ngày qua, Anh/Chị có tiếp xúc với:

* Người bệnh hoặc nghi ngờ, mắc bệnh Covid-19 (Có; Không):……………..
* Người từ quốc gia/tỉnh/thành phố có bệnh Covid-19 (Có; Không):………..
* Người có biểu hiện (sốt, ho, khó thở, viêm phổi) (Có; Không):…………….

1. Trong 14 ngày qua, người thân sống chung trong gia đình của Anh/Chị có đến quốc gia/tỉnh/thành phố nào có dịch bệnh Covid-19 hay không? Nếu có, liệt kê địa điểm đã đến:

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

1. Trong 14 ngày qua, người thân sống chung trong gia đình của Anh/Chị có tiếp xúc với:

* Người bệnh hoặc nghi ngờ, mắc bệnh Covid-19 (Có; Không):……………..
* Người từ quốc gia/tỉnh/thành phố có bệnh Covid-19 (Có; Không):………..
* Người có biểu hiện (sốt, ho, khó thở, viêm phổi) (Có; Không):…………….

Tôi cam kết những thông tin trên đây là đúng sự thật, tôi hiểu rằng nếu cung cấp sai thông tin có thể dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng.

*Ngày … tháng … năm 2021*

Ký tên

(Ghi rõ họ tên)