

possible

### استمارة إقرار بالالتزام العزل الصحي المنزلي

أقر بأنه تم إبلاغي من قبل طبيب الصحة المختص بقرار العزل الصحي المنزلي لمدة ( ١٥ )  
وذلك اعتباراً من 20/10/2020 وحتى 30/10/2020 حيث تم تقديم المشورة الطبية اللازمة لي وإبلاغي  
بكافة الإجراءات الوقائية اللازمة خلال مدة العزل الصحي المنزلي .

وعليه ، أؤكد التزامي بالآتي :

أولاً : تنفيذ العزل الصحي المنزلي وفق قرار الطبيب وعدم الخروج من محل إقامتي المحدد إلا في الأحوال  
التي يقرها الطبيب .  
ثانياً : إبلاغ الكادر الصحي في أقرب مؤسسة صحية عن أية أعراض (كالحمى، السعال، الآم الحلق، ضيق  
التنفس.....الخ ) .  
ثالثاً : اتخاذ كافة الإجراءات الوقائية المقررة للعزل الصحي المنزلي حسب الإستمارة المرفقة .

البيانات الشخصية:

الاسم: THIYAGARAJAN PURUSHOTHAI

القبيلة / اللقب: INDIAN

رقم التواصل: 92996683

محل الإقامة: NIZMA

محل العمل: NCT

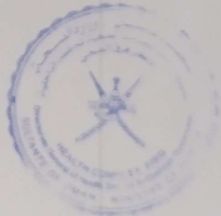
رقم التواصل:

الرقم المدني: 72134367

التوقيع:

الملاحظات:

استمارة الإجراءات الوقائية للعزل الصحي المنزلي



ملاحظة:

- السرية العامة تعهدت الصعوبة بالحفاظ  
- السرية العامة سابقاً وبكافة الأقسام