附件2

元谋县复产复市经营主体员工健康申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 |  | 年 龄 | |  | |
| 身份证号 |  | | | | 手机号码 |  | | | |
| 出发地 | 省 市 县（区） 乡镇（街道） 村 | | | | | | | | |
| 出发时间 |  | | 到达时间 | | | |  | | |
| 交通出行方式 | 汽车□ 火车□  飞机□ 自驾□ | | 车次、班次、航班号、中转信息及座位号 | | | |  | | |
| 在元居住地 | |  | | | | | | | |
| 是否有发热、咳嗽、乏力、胸闷等症状 | | | | | | | 是□ | | 否□ |
| 过去是否被诊断为肺炎确诊病例或疑似病例 | | | | | | | 是□ | | 否□ |
| 是否与肺炎确诊病例或疑似病例有密切接触 | | | | | | | 是□ | | 否□ |
| 过去14天是否与来自疫情重点地区（确诊病例超过500例的省份）人员有密切接触 | | | | | | | 是□ | | 否□ |
| 过去14天是否去过疫情重点地区（确诊病例超过500例的省份） | | | | | | | 是□ | | 否□ |
| 是否被留验站集中隔离观察 | | | | | | | 是□ | | 否□ |
| 如存在以上任意一种情况，请详细说明: | | | | | | | | | |
| 本人对提供的健康相关信息的真实性负责。如因不实信息引起疫情传播和扩散，本人愿承担由此带来的全部法律责任:  承诺人:  年 月 日 | | | | | | | | | |

说明: 1.各省份确诊病例数可在腾讯新闻、丁香园等网站查询。

2.法律责任:根据《刑法》第三百三十条规定：拒绝执行卫生防疫机构依照传染病防治法提出的预防、控制措施，引起甲类传染病传播或者有传播严重危险的，处三年以下有期徒刑或者拘役：后果特别严重的，处三年以上七年以下有期徒刑。