附件4

**健康承诺书**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 联系电话 | |  |
| 报考岗位 | |  | | | |
| 现工作单位及职务 | |  | | | |
| 紧急联系人姓名 | |  | | 联系人电话 |  |
| 1 | 14天内是否有境外旅居史、与境外回国人员直接或间接接触史？是□， 否□ | | | | |
| 2 | 14天内是否进出疫情中高风险地区？  是□， 否□ | | | | |
| 3 | 14天内是否有子女、亲属从境外回国或近期是否有回国计划？  是□， 否□ | | | | |
| 4 | 14天内是否接触疑似、确诊新型冠状病毒肺炎患者史？  是□， 否□ | | | | |
| 5 | 14天内本人是否有发热（体温≥37.3℃）、  咳嗽、乏力、腹泻等症状？  是□， 否□ | | | | |
| 6 | 14天内同住家庭成员是否有发热（体温≥37.3℃）情况？  是□， 否□ | | | | |

**本人承诺以上提供的资料真实准确。**

**如有不实，本人愿承担由此引起的一切后果及法律责任。**

签名： 年 月 日