



بسمه تعالی

معاونت دانشجویی

نام و نام خانوادگی: جنسیت: ☐ زن ☐ مرد ☐ تلفن ثابت: تلفن همراه:

شماره دانشجویی: رشته تحصیلی: مقطع تحصیلی:

اینجانب با مشخصات فوق، گواهی می نمایم جهت حضور در موسسه از سلامت و ایمنی کامل برخوردار بوده و هیچ کدام از

علائم بیماری کرونا (تب، سرفه، تنگی نفس، و ...) را ندارم.

نام و نام خانوادگی

امضاء

تاریخ