

BORANG DEKLARASI SARINGAN COVID-19

Sila bulatkan jawapan anda.

1. Adakah anda mengalami gejala berikut?

- | | |
|-----------------|------------|
| (a) Demam | Ya / Tidak |
| (b) Batuk | Ya / Tidak |
| (c) Selesema | Ya / Tidak |
| (d) Sesak Nafas | Ya / Tidak |
| (e) Sakit tekak | Ya / Tidak |

2. Adakah anda pernah disahkan **positif COVID-19**? Ya / Tidak

3. Adakah anda berhubung rapat dengan seseorang **positif COVID-19** dalam tempoh 14 hari yang lepas? Ya / Tidak

4. Adakah anda pernah menghadiri acara atau mengunjungi mana-mana tempat yang melibatkan kes yang disyaki atau **positif COVID-19** (dalam tempoh 14 hari) Ya / Tidak

Saya mengesahkan bahawa semua maklumat yang diberikah adalah betul dan tepat. Tindakan boleh dikenakan jika maklumat yang diberikan adalah palsu.

Nama :	
No. Kad Pengenalan :	
No. Matrik :	
No. Telefon :	
Jabatan :	
T. Tangan / Tarikh :	