附件

考生个人健康情况声明表

考点代码：_____　　考点名称：_____

考试项目：_____　　考试日期：_____

我在本表上签名做如下声明：

- **我不在中国政府要求的 14 天强制隔离期、医学观察期或自我隔离期内；**
- **考试前 14 天内及考试当日，我没有出现发烧、持续咳嗽、呼吸困难或有流感症状；**
- **我保证以上声明信息真实、准确、完整，并知悉我将承担瞒报的法律后果及责任，以及面临取消考试成绩及禁止参加相关考试的处罚。**

考生姓名	签名	考生姓名	签名