



TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN MAY VIỆT TIẾN

TỜ KHAI

KHAI BÁO Y TẾ PHÒNG CHỐNG DỊCH COVID-19

ĐỐI VỚI CỔ ĐÔNG THAM DỰ ĐẠI HỘI ĐỒNG CỔ ĐÔNG TỔNG CÔNG TY NĂM 2020

Nhằm đẩy mạnh kiểm soát và ngăn ngừa dịch Covid-19 tại Tổng Công ty, đồng thời giúp cho Cổ đông tự đánh giá nguy cơ và chủ động trong việc phòng chống dịch bệnh Covid-19,

Cổ đông trước khi đến tham dự Đại hội Đồng Cổ đông Tổng Công ty Cổ phần May Việt Tiến vui lòng điền thông tin chính xác vào tờ khai và nộp lại cho Ban tổ chức.

Tôi xin cam kết những lời khai dưới đây là đúng sự thật, nếu sai là vi phạm pháp luật Việt Nam và tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm.

Họ và tên: _____, ngày sinh: _____

Số CMND: _____, Số điện thoại: _____

Nơi ở hiện tại: _____

1. Trong vòng 14 ngày gần nhất (từ ngày làm tờ khai), Anh/Chị có đến tỉnh/thành phố hoặc quốc gia/vùng lãnh thổ nào ngoài TPHCM hay không?

Không Có

Nếu “không”, trả lời tiếp câu 2 (bỏ qua câu 1.1 và 1.2).

Nếu “có”, vui lòng trả lời câu 1.1 và câu 1.2:

1.1. Anh/Chị đã đến những tỉnh/thành phố hoặc quốc gia/vùng lãnh thổ nào?

1.2. Anh/Chị di chuyển bằng phương tiện nào?

Máy bay Xe máy
 Tàu thuyền Khác: _____
 Ô tô / Xe khách

2. Trong vòng 14 ngày gần nhất (kể từ ngày làm tờ khai), Anh/Chị có thấy xuất hiện dấu hiệu nào sau đây không?

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sốt | <input type="checkbox"/> Viêm phổi | <input type="checkbox"/> Không có các dấu hiệu trên |
| <input type="checkbox"/> Ho | <input type="checkbox"/> Đau họng | |
| <input type="checkbox"/> Khó thở | <input type="checkbox"/> Mệt mỏi | |

3. Trong vòng 14 ngày gần nhất (kể từ ngày làm tờ khai), Anh/Chị có tiếp xúc với:

- Người bệnh hoặc nghi ngờ mắc bệnh COVID-19
- Người từ nước có bệnh COVID-19
- Người có biểu hiện (Sốt, ho, khó thở, viêm phổi)
- Không tiếp xúc với những đối tượng trên

4. Hiện tại, Anh/Chị có các bệnh nào dưới đây:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bệnh gan mãn tính | <input type="checkbox"/> HIV hoặc suy giảm miễn dịch |
| <input type="checkbox"/> Bệnh máu mãn tính | <input type="checkbox"/> Người nhận ghép tạng, thủy xương |
| <input type="checkbox"/> Bệnh phổi mãn tính | <input type="checkbox"/> Tiểu đường |
| <input type="checkbox"/> Bệnh thận mãn tính | <input type="checkbox"/> Ung thư |
| <input type="checkbox"/> Bệnh tim mạch | <input type="checkbox"/> Có thai |
| <input type="checkbox"/> Huyết áp cao | <input type="checkbox"/> Không có các bệnh trên |

Ngày ____ tháng ____ năm ____

Người khai