**SURAT PERNYATAAN SEHAT**

Saya yang bertandatangan di bawah ini,

Nama :

NIP/NOPEG :

Jabatan :

Unit Kerja :

menyatakan bahwa dalam 14 (Empat Belas) Hari sebelum tanggal penandatangan surat ini:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Jenis Pernyataan** | **Ya** | **Tidak** | **Jika Ya** | **Keterangan** |
| *Centang Yang Dipilih* | | **Tanggal** | *Sebutkan Hasil Test* |
| 1 | Pernah kontak dengan Pasien COVID-19 |  |  |  |  |
| 2 | Pernah bepergian ke Daerah/Negara Terpapar COVID-19 |  |  |  |  |
| 3 | Pernah bepergian ke rumah sakit |  |  |  |  |
| 4 | Pernah menjalani *rapid test* |  |  |  |  |
| 5 | Pernah menjalani *Swab Test* |  |  |  |  |
| 6 | Berstatus ODP |  |  |  |  |
| 7 | Berstatus PDP |  |  |  |  |
| 8 | Pernah dirawat (Positif COVID-19) |  |  |  |  |
| 9 | Mengidap satu atau lebih penyakit berikut: hipertensi, diabetes, jantung koroner, penyakit paru, gangguan fungsi hati, gangguan ginjal, kanker dan yang sedang menjalani kemoterapi atau sedang menggunakan obat immunosupresan yang menekan daya tahan tubuh, asma (menengah dan berat) |  |  |  |  |

Surat Pernyataan Sehat ini saya buat dengan sebenar-benarnya sebagai salah satu syarat mengajukan Izin Masuk Kampus ITB. Saya bersedia menerima sanksi pidana sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan apabila dikemudian hari terbukti memalsukan kebenaran pernyataan riwayat yang berkaitan dengan COVID-19.

Demikian Surat Pernyataan Sehat ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung, Juni 2020

Nama

NIP/NOPEG