***INFORMED CONSENT***

**Nama  :**

**NIP / NOPEG / NIM \* :**

**(\*Coret yang tidak perlu)**

**Unit Kerja :**

**Status\* : Dosen / Teknisi / Asisten Akademik / Asisten Praktikum / Mahasiswa / Umum**

**(\*Coret yang tidak perlu)**

**Kegiatan\* : Pratikum / Kuliah Lapangan / Laboratorium / Kuliah Luring / Sidang / Kegiatan lain**

**(\*Coret yang tidak perlu)**

**Tanggal Kegiatan\* :**

**(\*bila lebih dari satu hari, masukkan**

**tanggal awal – akhir kegiatan)**

**Keterangan\* :**

**(\*bila ada lebih dari satu kegiatan,**

**mohon dicantumkan)**

**Alamat rumah \* :**

**(\*diisi sesuai KTP)**

**Alamat di Bandung \* :**

**(\*diisi bila KTP non**

**Bandung Raya)**

**Nama Kontak Darurat :**

**Hubungan Keluarga : Orang Tua / Wali / Keluarga / Suami / Istri**

**(\*Coret yang tidak perlu)**

**Nomor kontak darurat :**

Menyatakan bahwa saat ini saya dalam kondisi sehat dan tidak 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 *imunosupresan* yang menekan daya tahan tubuh, dan asma (menengah dan berat), atau dalam kondisi hamil.

Riwayat kesehatan saya yang berkaitan dengan COVID-19 dalam 14 (empat belas) hari sebelum tanggal penandatanganan surat ini:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Jenis Pernyataan | Ya | Tidak | Tanggal | Keterangan |
| \*Centang yang dipilih | | \*Sebutkan hasil tes |
| 1. | Apakah anda pernah mengalami:   1. Penurunan penciuman & pembauan (anosmia / parosmia) 2. Demam dan menggigil 3. Batuk 4. Sesak napas 5. Sakit tenggorokan 6. Sakit kepala 7. Nyeri otot / pegal-pegal 8. Muntah-muntah 9. Diare |  |  |  |  |
| 2. | Pernah kontak erat dengan pasien  COVID-19 |  |  |  |  |
| 3. | Pernah bepergian ke  daerah / negara terpapar COVID-19 |  |  |  |  |
| 4. | Pernah bepergian ke rumah sakit / fasilitas kesehatan lainnya |  |  |  |  |
| 5. | Pernah menjalani rapid test (antibodi / antigen) |  |  |  |  |
| 6. | Pernah menjalani swab test (PCR) |  |  |  |  |
| 7. | Pernah berstatus *suspect* COVID-19 |  |  |  |  |
| 8. | Pernah berstatus terkonfirmasi COVID-19 |  |  |  |  |

Atas rencana Kegiatan Luring, saya menyampaikan pernyataan sebagai berikut:

1. Saya memahami resiko yang mungkin akan timbul dan dapat terjadi sebagai konsekuensi dari keikutsertaan saya pada kegiatan luring diatas;
2. Saya akan taat dan patuh terhadap seluruh protokol dan peraturan yang berlaku selama kegiatan berlangsung, apabila saya melanggar protokol dan peraturan maka saya bersedia untuk dilarang mengikuti seluruh rangkaian acara/kegiatan praktikum dan bertanggung jawab atas resiko akibat kelalaian/ketidakpatuhan saya terhadap protokol/peraturan di ITB.

Surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya sebagai salah satu syarat mengikuti Kegiatan Luring FITB - ITB dan saya siap bertanggung jawab apabila salah satu pernyataan di atas ditemukan tidak sesuai atau tidak benar.

Demikian Surat Pernyataan ini Saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui dan Mengijinkan,

Orang tua/Wali/Keluarga/Suami/Istri

(…………………………………………………...)

Nama Lengkap………………………………………….

**(\*Coret yang tidak perlu)**

………………..., ………………….. 2021

(materai 10.000)

(………………………………………………………)

\*NIP/NOPEG/NIM………………………………….