

**TỜ KHAI Y TẾ CHO NHÀ THẦU/ CONTRACTOR HEALTH
DECLARATION FORM**

Vì sức khỏe của chính mình và cộng đồng, anh/chị vui lòng điền các thông tin dưới đây
For your own and others' health and safety, please fill out the fields below.

Họ tên/Full name: **Kiều Trung Tín** Số điện thoại di động/Cell phone: 0776148847

Giới/Gender: ☒ Nam/ Male ☐ Nữ / Female Nghề nghiệp/Occupation: Giảng viên

Địa chỉ/Address: C12/23 ấp 3 xã Bình Chánh, huyện Bình Chánh, TP.HCM

1. Trong vòng 14 ngày qua, anh/chị đã ở những đâu? /Where have you been live for the last 14 days?

a. **Thành phố Hồ Chí Minh** (Từ ngày /From 01/6/2020 đến ngày /to 15/6/2020)

b. (Từ ngày /From đến ngày /to)

b. (Từ ngày /From đến ngày /to)

d. (Từ ngày /From đến ngày /to)

2. Anh /chị sử dụng phương tiện giao thông nào đến các địa điểm trên? Which vehicle do you use to get to these locations?

a. Xe cá nhân ☐

b. Phương tiện công cộng: máy bay ☒ tàu hỏa ☐ xe khách ☐

3. Anh/chị có triệu chứng nào sau đây không? /Have you suffered any of the symptoms below?

Sốt/Fever

☐ Có/Yes

☒ **Không/ No**

Ho/Cough

☐ Có/Yes

☒ **Không/ No**

Khó thở/Shortness of breath

☐ Có/Yes

☒ **Không/ No**

4. Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có chăm sóc hoặc tiếp xúc gần với người nào có triệu chứng ho, sốt, khó thở và/ hoặc mới đi từ Nước ngoài/ các Vùng lãnh thổ đang có dịch Covid-19 bùng phát không? / During last 14 days, have you been in close contact with someone whose symptoms of cough, fever, Shortness of breath and/ or just returned from country, area with Covid-19 outbreak?

☐ Có/Yes

☒ **Không/ No**

Kiểm soát của Trung tâm y tế VinFast/
For control of VinFast's medical center

Hải Phòng, 15/6/2020

Người khai/Declarant

(Chữ ký & họ tên đầy đủ/Full name & Signature)



Kiều Trung Tín