**إقرار مستخدمي المكتبة بخصوص "كوفيد-19" (Covid-19)**

|  |  |
| --- | --- |
| **المعلومات الشخصية** |  |
| الإسم : |  |
| رقم الجوال : |  |
| البريد الإلكتروني : |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **إستبيان** | **نعم** | **لا** |
| هل أنت مصاب حالياً بـ "كوفيد-19"، أو تم تشخيصك بالمرض في وقت سابق؟ |  |  |
| هل سافرت إلى الخارج في الـ 14 يوم الأخيرة؟  إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فحدد البلد الذي سافرت اليه. |  |  |
| هل ظهرت عليك أي أعراض لـ "كوفيد-19" في الـ 14 يوماً الأخيرة، أي إرتفاع درجة الحرارة، والسعال المستمر، وصعوبة/ضيق التنفس، أو فقدان حواس التذوق أو الشم؟ |  |  |
| هل تسكن مع شخص، أو كنت على اتصال وثيق بمن ظهرت عليه أعراض "كوفيد-19" في الـ 14 يومًا الأخيرة، أو من تأكدت إصابته بـ "كوفيد-19"؟  إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فيرجى التفصيل: |  |  |
| هل تم توجيهك الى تطببق العزل الذاتي في هذا الوقت؟ |  |  |
| هل تمانع أن تقاس درجة حرارتك قبل دخول المكتبة؟ |  |  |

**يرجى ملاحظة أننا قد لا يسعنا إستقبالك في مقرنا في هذا الظرف، إذا أجبت بـ "نعم" على أي من الأسئلة أعلاه.**

ملاحظة: وأنت في المكان، يرجى التأكد من التقيد بسياستنا فيما يتعلق بـ "كوفيد-19"، بما في ذلك الإجراءات النموذجية المطبّقة فيما يتعلق بمكافحة العدوى. ويتضمن ذلك تعقيم اليدين عند دخول المبنى، وغسلهما بانتظام، والتباعد الاجتماعي.

تماشياً مع إرشادات الحكومة، نطلب من زوار المكتبة ارتداء أغطية للوجه. كذلك قد نرغب في قياس درجة حرارتك عند وصولك و/أو تزويدك بقفازات تستخدم لمرة واحدة لإرتدائها في المكتبة.

أؤكد على صحة المعلومات الواردة أعلاه إلى حد علمي، وأنني أقبل الإرشادات كما هي واردة وموضحة لي:

الإسم (كتابة) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

التوقيع : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التاريخ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_