


KOLEJ TEKNIKAL YAYASAN SABAH

JLN IBU PEJABAT JKR, OFF JALAN MAT SALLEH,
88100 KOTA KINABALU, SABAH
NO. TELEFON: 088-239639

BORANG DEKLARASI SARINGAN COVID-19
MAKLUMAT PELAJAR

Nama : _____
 No. Kad Pengenalan : _____
 No: Telefon : _____
 Program : _____
 No. Matrik : _____
 Tarikh Lapori Diri : _____
 Suhu : _____ (Diisi semasa hari mendaftar asrama/kampus)

ARAHAN: sila tandakan (✓) pada ruang yang berkenaan.

| BIL | PERKARA | YA | TIDAK |
|------------------|--|----|-------|
| 1. | Adakah anda menyertai mana-mana perhimpunan dalam masa 14 hari. Jika Ya, nyatakan Perhimpunan _____ | | |
| 2. | Adakah anda ada KONTAK RAPAT dengan individu yang disyaki atau disahkan positif COVID-19? | | |
| 3. | Adakah anda pernah disahkan positif COVID-19? | | |
| 4. | Adakah anda mengalami simptom-simpton berikut: | | |
| | SIMPTOM | | |
| | Demam | | |
| | Batuk | | |
| | Sakit tekak | | |
| | Selsema | | |
| | Sesak Nafas | | |
| | Sakit dada | | |
| Lain-lain: _____ | | | |

PENTING: Jika anda mengalami mana-mana gejala di atas, anda tidak dibenarkan untuk lapor diri ke asrama/kampus. Sila dapatkan ke hospital/ klinik kesihatan yang berdekatan untuk saringan kesihatan. Laporan keputusan ujian saringan COVID-19 perlu dikemukakan bersama.

PERAKUAN PELAJAR

Saya mengesahkan kesemua butiran adalah benar. Sekiranya didapati mana-mana butiran dinyatakan adalah tidak benar, deklarasi kesihatan ini adalah terbatal dan tindakan undang-undang boleh diambil ke atas saya.

Tandatangan:

 Tarikh: