

FORM DEKLARASI KESEHATAN / HEALTH DECLARATION FORM

Nama / *Name* :
Nomor Ponsel / *Phone number* :
NIK / *Identity Number* :
Alamat / *Address* :

Mohon untuk mengisi dengan tanda (v) dalam tabel / *Please kindly tick (v) in the table*

No.	Pertanyaan / Question *)	Ya / Yes	Tidak/ No
1.	Apakah saat ini Saudara mengalami gejala sebagai berikut? <i>Are you currently experiencing below symptoms?</i> - Demam dengan suhu badan di atas 37,5°C / <i>Fever with temperature above 37.5°C</i> - Batuk / <i>Cough</i> - Pilek / <i>Cold</i> - Sesak nafas / <i>Shortness of breath</i> - Sakit tenggorokan / <i>Sore throat</i> - Sakit kepala / <i>Headache</i> - Diare / <i>Diarrhea</i>		
2.	Apakah Saudara pernah bertemu atau melakukan kontak langsung dengan pasien COVID-19 dalam 14 hari terakhir? <i>Have you met or having close contact with COVID-19 patient within the last 14 days?</i>		
3.	Apakah dalam 14 hari terakhir Anda melakukan perjalanan dan/atau transit baik di dalam negeri dan/atau luar negeri? <i>Have you been traveling and/or transiting from domestic and/or overseas within the last 14 days?</i>		
No.	Pernyataan / Statement	Ya / Yes	Tidak / No
4.	Saya bersedia untuk memakai masker medis/kesehatan selama berada di tempat penyelenggaraan Rapat. <i>I am willing to wear a medical/health mask while in the venue of the Meeting.</i>		
5.	Saya bersedia untuk tidak melakukan kontak fisik dalam bentuk apapun, termasuk berjabat tangan, selama berada di tempat penyelenggaraan Rapat. <i>I am willing to not do any form of physical contact, including shaking hands, while in the venue of the Meeting.</i>		

Catatan / Notes:

*) Apabila terdapat satu/lebih pertanyaan dari tiga pertanyaan tersebut di atas dijawab dengan “Ya”, maka Saudara tidak diperkenankan untuk memasuki Ruang Rapat dan mengikuti Pelaksanaan Rapat.
If there is one/more questions from the three questions above answered with "Yes", you are not permitted to enter the Meeting Room and attend the Meeting.

Jakarta, Mei / May 2021

(_____)