

මානව සම්පත් අභිවර්ධන ආයතනයට පැමිණි ඔබ, පවතින COVID-19 නීති රීති යටතේ, පහත සඳහන් තොරතුරු අප වෙත ලබාදෙන ලෙස කාරුණිකව ඉල්ලා සිටිමු.

අධ්‍යක්ෂ  
මානව සම්පත් අභිවර්ධන ආයතනය

ඔබගේ නම.....

ස්ථීර ලිපිනය.....

අදාළ දිස්ත්‍රික්කය ..... එ.නි.කපොලොන්නි ..... දිනය.....

දැනට පදිංචිව සිටින්නේ ස්ථීර ලිපිනයේ නොවන්නේ නම් එම ලිපිනය.....

අදාළ දිස්ත්‍රික්කය ..... ගර්භ ලඝාචාරය.....

ඔබගේ පුරකථන අංක- ජංගම-..... නිවස - ..... වයස - .....

මෙම ආයතනයට පැමිණි කාරණය- .....

අදාළ කොටුව තුල "X" ලකුණ යොදන්න.

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ඔබට පහත රෝග ලක්ෂණ මේ මොහොතේ දී පවතිනවාද?   | ඔව්                      | නැත                      |
| කැස්ස   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| උණ  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| උගුරේ වේදනාව  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| හුස්ම ගැනීමේ අපහසුව / හානිය   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| හෙම්බිරිස්සාව   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ඉහත රෝග ලක්ෂණ පසුගිය සති දෙකක කාලය තුල කිසියම් අවස්ථාවක තිබුණාද?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. පසුගිය මාසයක කාලය තුල  |                          |                          |
| ඔබ පිටරටක සිට පැමිණියේද?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| පිටරටක සිට පැමිණි කෙනෙක් ආසුරු කලේද?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| එවැනි පුද්ගලයෙක් ඔබ සිටි ස්ථානයට පැමිණියේද?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ඔබ එවැනි ස්ථානයකට ගියේද?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. පසුගිය මාසයක කාලය තුල  |                          |                          |
| කොරෝනා රෝගීන් හමු වූ ප්‍රදේශයකට ඔබ ගියේද?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ඔබ දන්නා තරමින් එම ප්‍රදේශයක කෙනෙක් ඔබ සිටි ස්ථානයට පැමිණියේද?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ඔබ දන්නා තරමින් එම ප්‍රදේශයක කෙනෙක් ඔබ ආසුරු කළේද?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ඔබ කිසියම් අවස්ථාවක නිරෝධායනය වූයේද?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. එසේ නම් අදාළ කාලසීමාව සඳහන් කරන්න ...../...../2020 සිට...../...../2020 දක්වා                           |                          |                          |
| 7. නිරෝධායනය වූ ස්ථානය .....  |                          |                          |
| 8. ඔබ මානව සම්පත් අභිවර්ධන ආයතනයේ කිසියම් හෝ පාඨමාලාවකට ලියාපදිංචි වී ඇත්නම් ඔබ හදාරන පාඨමාලාවෙහි නම..... |                          |                          |
| 9. පාඨමාලාවේ ලියාපදිංචි අංකය .....  |                          |                          |

මා විසින් මෙහි සඳහන් කල කිසියම් කරුණක් අසත්‍ය වන්නේ නම් හෝ නිවැරදි නොවන්නේ නම්, මා හට විරුද්ධව ලංකාව තුල පවතින නිරෝධායන නීති/රෙගුලාසි අනුව චෝදනා ලැබීමට හා වරදකරුවෙකු වුවොත් දඬුවම් ලැබීමට වන බවද දන්නා අතර, මෙහි දක්වා ඇති සියලු කරුණු සත්‍ය බවත්, අසත්‍යක් නොවන බවත් මෙයින් ප්‍රකාශ කර සිටිමි.

අත්සන ..... දිනය .....