

COVID-19 තත්ව ප්‍රකාශය

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 **ජාතික පාලන වලංගු අංකය**.....

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

අදාළ දිස්ත්‍රික්කය, **ලිගපදිංචි අංකය**.....

ඔබගේ දුරකථන අංක- ජංගම-..... නිවස - වයස -

මෙම ආයතනයට පැමිණි කාරණය-.....

අදාළ කොටුව තුළ "x" ලකුණ යොදන්න.

- | | ඔව් | නැත |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ඔබට පහත රෝග ලක්ෂණ මේ මොහොතේ දී පවතිනවාද? | | |
| 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 / හනිය | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| හෙම්බිරිස්සාව | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ඉහත රෝග ලක්ෂණ පසුගිය සති දෙකක කාලය තුළ කිසියම් අවස්ථාවක තිබුණාද? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. පසුගිය මාසයක කාලය තුළ | | |
| ඔබ පිටරටක සිට පැමිණියේද? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| පිටරටක සිට පැමිණි කෙනෙක් ඇසුරු කළේද? | <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 තුළ | | |
| 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 ඇසුරු 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