附件5

返岗复工人员疫情防控信息采集表

填表企业或机构：（盖章） 填报人： 手机号码： 填表时间: .

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **企业或机构名称** | **部门名称** | **行业类别** | **姓名** | **年龄** | **联系电话** | **身份证号码** | **现住地址** | **返岗类别（对应类别打√）** | | | | **拟回蓉返岗时间** | **身体状况（体温）** |
| **现居湖北等地区** | **14天内有过病例接触史人员** | **14天内有过湖北或其他有本底病例持续传播地区的旅居史人员** | **14天内与湖北等地区人员有接触史人员** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表说明：1.勾选（√）“返岗类别”对应表格，可多选；如无湖北接触史员工，填写企业正常返岗复

工总人数即可。

2.企业或机构应如实填报，如有不诚信行为，将承担相应的法律后果。

3.“部门名称”和“行业类别”请参照附件1。

附件6

企业员工健康情况申报卡

您好！为有效防控新型冠状病毒感染的肺炎疫情，确保您和他人的健康，请如实填报您近期的健康状况，非常感谢！

姓名：；性别：；年龄： ；籍贯：；联系电话： .

在成都的居住地址：区（市）县街道（乡镇）社区（具体门牌号）

1.过去14天到现在，您是否有以下症状，请在相应的“□”中划“√”。

□发热（≥37.3℃）□咳嗽□嗓子痛（咽痛）□胸闷□呼吸困难□恶心呕吐□腹泻口其他症状

□无上述症状

2.是否是湖北返蓉人员？

□是□否

3.过去14天内是否接触有过新型冠状病毒感染的肺炎病例？

□是□否

4.过去14天内是否有过湖北或其他有本地病例持续传播地区的旅居史？

□是□否

若选择“是”，返蓉时间：月日

5.过去14天内是否与湖北等地区人员有接触史？

□是□否

若选择“是”，最后接触时间：月日

**我已阅读本申报卡所列事项，并确认以上申报内容准确真实。**

签名： 日期：附件7

成都市新都区服务业企业复工备案表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 |  | | |
| 企业地址 |  | | |
| 法人代表 |  | 联系方式 |  |
| 联系人 |  | 联系方式 |  |
| 拟复工时间 |  | 拟复工人数 |  |
| 是否制定《企业疫情防控应急预案》 |  | 是否开展复工前工作区域的消杀工作 |  |
| 是否有疫情防控重点人员 |  | 是否建立全员健康管理台账 |  |
| 企业法人意见：  企业法人签字：（单位盖章）  年 月 日 | | | |
| 园区管委会、镇（街道）意见：  核查人签字：（单位盖章）  年 月 日 | | | |
| 行业主管部门意见：  核查人签字：（单位盖章）  年 月 日 | | | |
|  | | | |

附件8

成都市新都区服务业企业复工疫情防控承诺书

一、已经对返岗员工进行认真、全面摸排，已准确掌握返岗员工情况，对员工信息真实性负责。

二、经排查，返岗员工均不属于以下人员：14天内有过病例接触史、 14天内有过湖北或其他有本地病例持续传播地区的旅居史、14天内与湖北等地区人员有接触史的人员。

三、已经按照疫情防控要求，制定《企业疫情防控应急预案》并落实相关措施。

四、复工前，做好工作区域的消杀管理。复工后，做好体温检测、营业场所通风、增加公共空间消毒频次、配备洗护用品、加强垃圾分类管理等工作，所有员工按要求佩戴口罩上岗；按要求设立提示牌，落实防控措施，普及防治知识。

五、落实国家和省、市关于妥善处理好疫情防控期间劳动关系的相关规定，不随意解除劳动合同，保障职工合法权益。

**本公司承担疫情防控的企业主体责任，如因责任未落实造成的后果，由本公司自行承担相应的法律责任。**

企业法定代表人签字：

（加盖单位公章）

2020年 月 日