

SURAT PERNYATAAN SEHAT KHUSUS COVID 19
ANGGOTA PANITIA PEMILIHAN KECAMATAN, PANITIA
PEMUNGUTAN SUARA, KELOMPOK PENYELENGGARA PEMUNGUTAN
SUARA DAN PETUGAS PEMUTAKHIRAN DATA PEMILIH PADA
PEMILIHAN TAHUN 2020

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

NIK :

Jenis Kelamin :

Tempat Tgl.Lahir/Usia :/.....tahun

Pekerjaan :

Jabatan di Badan Adhoc:

Alamat :

Riwayat Kesehatan

Beri tanda \surd di depan "Ya" atau "Tidak"			
Mempunyai penyakit Komorbid/Penyerta Covid 19 seperti diabetes, hipertensi, asma, jantung, kanker dll	Ya	Tidak	Keterangan:
Pernah dirawat di rumah sakit karena penyakit diabetes, hipertensi, asma, jantung, kanker dll dalam satu tahun terakhir (Juni 2019 – Mei 2020)	Ya	Tidak	Keterangan:
Mengonsumsi obat-obatan secara rutin untuk penyakit diabetes, hipertensi, asma, jantung, kanker dll	Ya	Tidak	Keterangan:

Riwayat yang berkaitan dengan COVID-19 :

Dalam 2 (dua) minggu terakhir:					Tanggal	Keterangan
Beri tanda ✓ di depan “Ya” atau “Tidak”						
a. Pernah kontak dengan pasien COVID-19	Ya		Tidak			
b. Pernah bepergian ke daerah/negara terpapar COVID-19	Ya		Tidak			
c. Pernah bepergian ke Rumah Sakit	Ya		Tidak			
d. Pernah menjalani Rapidtest	Ya		Tidak			
e. Pernah menjalani Tes Swab	Ya		Tidak			
f. Berstatus ODP	Ya		Tidak			
g. Berstatus PDP	Ya		Tidak			
h. Pernah dirawat (Positif)	Ya		Tidak			

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai Anggota PPK/PPS/ KPPS/PPDP KPU Kabupaten/Kota..... Kecamatan..... Kelurahan/Desa

Saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan apabila dikemudian hari terbukti memalsukan kebenaran pernyataan Riwayat yang berkaitan dengan Kesehatan dan COVID-19.

Demikian pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya, terima kasih.

.....,

Yang membuat pernyataan,

Materai 6000

.....