附件2

**从业人员情况上报表（个人申报）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 服务企业名称： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 岗位 | 联系电话 | 家庭住址 | 返徐时间 | 在徐居住地 | 其他家庭成员居住地 | 本人身体状况（感冒咳嗽发烧等异常情况请如实上报） | 家庭成员身体状况（感冒咳嗽发烧等异常情况请如实上报） | 近期是否有远程出行（如果有，请填写去过的时间及详细地址） | 是否与重点管控区域人员接触 | 是否与确诊或疑似病例接触 | 是否与境外回国人员接触 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

本人签字： 填表时间 ： 年 月 日

注：所有地址填写必须详细到门牌号，每位从业人员需提供手机漫游地的截图。

**从业人员情况摸排表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 服务企业名称： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 岗位 | 联系电话 | 家庭住址 | 返徐时间 | 在徐居住地 | 其他家庭成员居住地 | 本人身体状况 | 家庭成员身体状况 | 近期是否有远程出行（如果有，请填写去过的时间及详细地址） | 是否与重点管控区域人员接触 | 是否与确诊或疑似病例接触 | 是否与境外回国人员接触 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

企业法人（签字或盖章）：

企业公章：

时 间：