附件2

备用隔离考场考生核酸检测承诺书

本人在考试过程中，因出现咳嗽、咽痛、腹泻、呕吐等症状，经考点医疗卫生专业人员进行专业研判后，安排在备用隔离考场考试。我承诺考试结束后，立即进行核酸检测，并于考试结束后2日内向市考办提供48小时内核酸检测报告。

本人签名： 身份证号码：

考点名称： 考试时间科目：

考 场 号： 有效联系电话：

填写日期：