

因應嚴重特殊傳染性肺炎防疫期間交通部民用航空局航空人員學科考試考生防疫注意事項

為配合國家防疫措施，交通部民用航空局(以下簡稱本局)訂定航空人員學科考試應考人員之防疫措施，請各位考生配合：

1. 因應疫情升級，即日起中央流行疫情指揮中心一級開設期間，航空人員學科考試應考人員須於本局大門處量測個人體溫，額溫37.5度(含)以上考生禁止入場。若有發燒、呼吸道症狀的考生，請勿前往考場應試。
 2. 每位考生須自主進行手部消毒，並請考生自備口罩，配戴口罩才能入場，若未配戴口罩，無法進入考場。
 3. 考生採梅花座排考，以降低接觸風險。監試人員核對身分時，請配合取下口罩接受查驗。
 4. 請考生主動通報旅遊史，如考試當日前 14 天內有赴二級以上流行地區旅遊史，或服務單位有人已遭受隔離檢疫，且正在進行自主健康管理者，請勿前來考試。居家隔離、居家檢疫及自主健康管理被限制不得外出者不得應試。請每位考生皆需填具「交通部民用航空局嚴重特殊傳染性肺炎健康關懷聲明」(如附件)。
 5. 若考生有特殊需要須陪考人應考(例如：身障應考人)，則應事先向本局申請。
 6. 考試當日本局於每場次間，加強考生座位(包括電腦鍵盤及滑鼠等接觸裝備)及教室場地之消毒。
 7. 本防疫注意事項依「因應嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心」發布之最新防疫措施調整，並於本局網頁考試公告通知，請隨時注意異動公告。
- 疫情期間，不便之處，敬請見諒。

防疫總動員，防護自己，即是保護他人，交通部民用航空局關心您的健康。

交通部民用航空局嚴重特殊傳染性肺炎健康關懷聲明(考生) 更新日期: 109 年04 月01 日

您好，為因應「嚴重特殊傳染性肺炎」疫情，本局十分關心您的健康，多一分準備，就能多一分安心。請協助我們填寫下列資料，並詳細閱讀注意事項，敬祝您身體健康。

姓名：_____ 生日：_____年____月____日 性別：☐男 ☐女

檢定類別：_____ 身分證/護照/居留證號碼：_____

聯絡電話：_____ 手機：_____

電子信箱：_____@_____

緊急聯絡人：_____ 電話：_____

最近三個月內入境之來源地區：_____ 入境日期：_____年____月____日

搭乘班機：航空公司：_____ 編號：_____

1. 最近 14 天內是否曾去過第一、二級流行地區（含轉機）、或第一、二、三級旅遊疫情建議地區

註：109 年2 月27 日止，第一、二級流行地區為中港澳，第一、二、三級旅遊疫情建議地區為泰國、義大利、伊朗、新加坡、日本、韓國☐無 ☐有，請列出_____ ☐其他_____

2. 最近 14 天內是否出現以下症狀：

☐發燒(> 37.5 °C) ☐咳嗽 ☐喉嚨痛 ☐呼吸道窘迫症狀（呼吸急促、呼吸困難）

☐流鼻水 ☐肌肉或關節酸痛 ☐頭痛 ☐其他症狀_____ ☐無

3. 您或您家屬是否曾與感染嚴重特殊傳染性肺炎病患有接觸？ ☐是 ☐否

4. 您是否為衛生主管機關列管之嚴重特殊傳染性肺炎居家隔離個案？ ☐是 ☐否

5. 您身邊是否有其他2人以上出現上述類流感症狀？ ☐是 ☐否

請詳細閱讀以下注意事項，配合各項防疫措施，並且簽名：

1. 維持手部清潔，保持經常洗手習慣，原則上可使用肥皂和清水或酒精性乾洗手液進行手部衛生。儘量不要用手直接碰觸眼睛、鼻子和嘴巴。

2. 若14天內有類流感症狀：發燒（額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ）、咳嗽、喉嚨痛、呼吸道窘迫、流鼻水、肌肉或關節酸痛、頭痛等，請立即配戴口罩，居家隔離、居家檢疫、及自主健康管理者如出現類流感症狀時，請主動聯絡 1922防疫專線，切勿自行就醫。

3. 本局係依相關醫療及防疫法令，基於公衛或傳染病防治、保健醫療服務及其他法定義務之目的蒐集、處理、利用以上個人資料，您可依個人資料保護法第三條規定行使相關權利，本局將依個人資料保護法就以上個人資料進行妥善保護。您同意並瞭解本局蒐集、處理或利用個人資料之目的及用途。

本人已閱讀過以上說明，且願意配合防護措施及個人資料之提供。

簽名：_____ 填寫日期：_____年____月____日

CAA Severe Special Infectious Pneumonia (COVID-19) Health Care Statement

Update: 2020.04.01

For prevention of Severe Special Infectious Pneumonia (COVID-19), please fill in the following information and read the health information carefully in order to maintain a healthy environment

Name _____
Date of Birth (YYYY/MM/DD) _____ Gender: ☐ Male, ☐ Female
Knowledge test for: (License) _____ Passport No.: _____
Contact Phone No.: _____ Mobile Phone No.: _____
Email: _____
Name of emergency contact person: _____ Phone No.: _____
Arriving from: (Region) _____ Arrival Date (YYYY/MM/DD): _____
Arrival Flight: (Airline) _____ Flight No.: _____

1. Please specify the region(s) that you have been to (including Transit) in the past 14 days:

_____ ☐ None

2. Have you had any of the following common cold-like symptoms during the past 14 days?

☐ NO

☐ Fever > 37.5 °C

☐ Cough

☐ Sore throat

☐ Body aches

☐ Running nose

☐ Breathing problem (e.g., shortness of breath or trouble breathing)

☐ Other symptoms (please specify): _____

3. Have you or people living with you had contact with COVID-19 patient(s)? ☐ NO ☐ YES

4. Have you ever been regarded as a home quarantine case by the Taiwan Centers for Disease Control?
☐ NO ☐ YES

5. Are there more than 2 persons (including 2) around you having fever or common cold-like symptoms?
☐ NO ☐ YES

Please read the following information, cooperate with the preventive measures and sign your name.

1. Always keep your hands in a clean condition. Wash hands frequently with soap and water or with an alcohol-based hand sanitizer. Try not to touch your eyes, nose or mouth directly with your hands.
2. When common cold-like symptoms (fever, shortness of breath, coughing, running nose, chills, muscle ache, etc.) occur in the past 14 days, use a handkerchief or tissues to cover the mouth and nose in order to reduce the risk of spreading germs. When common cold-like symptoms occur during the period of home quarantine, home (self) isolation or self-health management, please call 1922 government infection control hotline and follow the instructions for medical assistance. Do not go to a hospital by yourself.
3. According to the Medical Care Act and relevant epidemic prevention regulation, the CAA will collect, process and use the above personal data to meet the purpose of public health and communicable disease control, health and medical services and the other legal duties. The CAA will properly protect the above personal data in accordance with Personal Data Protection Act and you are entitled to exercise the related rights according to Article 3 of Personal Data Protection Act. You have consented and understood the purpose of collection, processing and use of the personal data from the CAA.

I certify that I have read the information above and will cooperate with the CAA preventive measures and have consented to provide my personal data.

Signature: _____ Date (YYYY/MM/DD): _____