AUTODECLARAÇÃO DE SINTOMAS COMPATÍVEIS COM SÍNDROMES RESPIRATÓRIAS

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Nº de Matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_declaro para fins específicos de atendimento ao disposto no art. 9º da Resolução CONSUNI Nº004/2022, que estou apresentando sintomas compatíveis com síndromes respiratórias e que para minha segurança e de dos meus colegas vou interromper imediatamente o meu comparecimento as aulas pelos próximos 10 (dez) dias. Declaro ainda que estou ciente que neste período deverei acompanhar as atividades acadêmicas no formato estipulado pelo professor do componente curricular. Estou ciente também que deverei realizar teste RT-PCR ou reagente para Teste Rápido de Antígeno (TR-Ag), no 5º dia completo do início dos sintomas e enviar o resultado por e-mail a Coordenação do Curso ou a Coordenação do Programa de Pós-Graduação em caso de estudante de Pós-Graduação. Declaro, por fim, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais, cíveis e administrativas previstas em Lei e no Estatuto e Regimento da UFCAT.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

Local e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura