

ANEXO II

AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE (Item 5.1)

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Instrução Normativa nº 109, de 29 de outubro de 2020, que me enquadro em situação de priorização para efeito de afastamento das atividades presenciais, preferencialmente por trabalho remoto, em razão de possuir fator, condição ou situação de risco para agravamento de Covid-19. Declaro, ainda, pelas mesmas razões, que não exercerei nenhuma outra atividade remunerada em caráter presencial durante esse mesmo período. Declaro, por fim, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais, cíveis e administrativas previstas em Lei.

_____, ____ de _____ de _____.

Local e data

Assinatura

AUTODECLARAÇÃO DE FILHO(S) OU MENOR SOB GUARDA EM IDADE ESCOLAR (Item 5.2)

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____ declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Instrução Normativa nº 109, de 29 de outubro de 2020, que tenho filho ou menor sob guarda em idade escolar ou inferior e que necessitam da minha assistência, portanto, necessito ser submetido a trabalho remoto com data de início _____, e enquanto vigorar a norma local, conforme o ato normativo _____, que suspendeu as atividades escolares ou em creche, por motivos de força maior relacionadas ao Coronavírus. Declaro, ainda, pelas mesmas razões, que não exercerei nenhuma outra atividade remunerada em caráter presencial durante esse período e que não possuo cônjuge, companheiro ou outro familiar adulto que comigo resida apto a prestar assistência aos meus filhos em idade escolar. Declaro, por fim, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais, cíveis e administrativas previstas em Lei.

_____, ____ de _____ de _____.

Local e data

Assinatura/padrasto/madrasta ou responsável pela guarda

Informações adicionais:

Dados cônjuge:

Nome Completo:

Servidor Público ou Empregado Público Federal: () Sim () Não

Dados dos filhos (deve ser preenchido para cada filho):

Dados do menor sob guarda (deve ser preenchido para cada menor):

Nome Completo:

Idade:

Escola: () Pública () Privada

UF da Escola:

Cidade da Escola:

AUTODECLARAÇÃO DE CUIDADO E COABITAÇÃO COM IDOSOS OU PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E INTEGRANTES DO GRUPO DE RISCO PARA A COVID-19. (Item 5.3)

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____ declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Instrução Normativa nº 109, de 29 de outubro de 2020, que em razão de ter sob meu cuidado e coabitação uma ou mais pessoas com suspeita ou confirmação de infecção por COVID-19, idoso, pessoa com deficiência ou integrante do grupo de risco para a COVID-19, devo ser submetido a isolamento por meio trabalho remoto com data de início _____, enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus. Declaro, mais, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais, cíveis e administrativas