

ANEXO IV

AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, declaro para fins específicos de atendimento ao disposto no **Protocolo Institucional de Biossegurança da Universidade Federal do Ceará de 1º de outubro de 2021**, que me enquadro em situação de afastamento das atividades presenciais em razão de não apresentar sintomas, mas coabitar com familiar sintomático/suspeito e/ou ter tido contato com caso confirmado de COVID-19, nos termos do **item 4.5** do Protocolo. Declaro que seguirei as recomendações do Ministério da Saúde e permanecerei em trabalho remoto por 14 (quatorze) dias e só retornarei às atividades presenciais após esse período. 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