

ANEXO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

RETORNO ÀS ATIVIDADES PRESENCIAIS

1. IDENTIFICAÇÃO:

Discente: _____

Turma: _____ R.A. _____

Responsável Legal (menor de idade) _____

CPF _____

Município de origem: _____

Telefone celular do discente: _____

Nome de contato Familiar: _____

Grau de parentesco com o(a) discente: _____

Telefone celular do familiar: _____

2. DEFINIÇÃO DE RETORNO:

A) () Declaro que **NÃO retornarei às atividades** presenciais e que estou ciente das minhas obrigações no cumprimento das atividades remotas, nas plataformas digitais, e me comprometo a acompanhar e participar de todas as disciplinas em que estou matriculado(a).

OU

B) () Declaro que **retornarei às atividades presenciais** e, para tal, estou ciente que:

- mesmo com a adoção de todas as medidas de segurança necessárias contra a COVID-19, não estou isento do risco de contaminação, pois irei transitar não só no Campus, mas, também em outras localidades, as quais a Instituição não possui incubências;
- não recebi o diagnóstico de infecção pela COVID-19 e não apresentei nenhum dos sintomas sugestivos de COVID-19, **nos últimos 14 (quatorze) dias**. Também atesto que não tive contato próximo com nenhum caso suspeito ou confirmado.
- deverei cumprir todos os protocolos de segurança necessários, estabelecidos pelo IFSULDEMINAS Campus Inconfidentes;
- deverei usar sempre a máscara de proteção para participar de todas as atividades acadêmicas, bem como em todos os demais espaços abertos e fechados do IFSULDEMINAS Campus Inconfidentes;
- além da máscara utilizada para ingressar no Campus, deverei possuir outras máscaras de proteção, sobressalentes;
- o Campus poderá alterar o horário de funcionamento para fins de adequação das medidas e protocolos de segurança;
- ao apresentar sintomas sugestivos de COVID-19 ou tiver contato próximo com casos suspeitos ou confirmados, não deverei frequentar as atividades presenciais na instituição de ensino, podendo retornar somente após a autorização do serviço de saúde;
- os profissionais da saúde do campus poderão adotar medidas, caso sejam necessárias, se identificarem sintomas sugestivos de COVID-19 durante a permanência na instituição;
- deverei entrar em contato com o campus, o mais breve possível, caso eu apresente quaisquer dos sintomas causados pela infecção da COVID-19 ou se tiver contato com alguma pessoa que apresente sintomas ou tenha o diagnóstico para a COVID-19, e
- devo adotar os protocolos de segurança na utilização dos meios de transporte para deslocamento até o Campus Inconfidentes.

3. ESTUDANTES QUE RETORNARÃO ÀS ATIVIDADES PRESENCIAS:

1. () Declaro que **NÃO** me enquadro nas condições de risco para COVID-19 previstas no plano de contingenciamento da COVID-19 e que estabelece as estratégias e recomendações para o enfrentamento da COVID-19 no Campus Inconfidentes.

OU

2. () Declaro que me enquadro nas condições de risco para COVID-19, previstas no plano de contingenciamento da COVID-19 e que estabelece as estratégias e recomendações para o enfrentamento da COVID-19 no Campus Inconfidentes, mas minha(s) comorbidade(s) apresenta(m)-se controlada(s) e estável(is), podendo retornar as atividades presenciais.

Informação complementar (não influenciará no seu retorno presencial):

Sobre a sua imunização contra a COVID-19:

() já tomei as duas doses da vacina ou a dose única.

() tomei apenas uma dose da vacina.

() não tomei nenhuma dose da vacina.

4. AUTENTICIDADE

Declaro, por fim, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais, cíveis e administrativas previstas em Lei.

Data: ____/____/____

Assinatura do Estudante ou Responsável Legal

O presente documento não terá validade em caso de rasuras.