

ANEXO III - Autorização para retorno às atividades presenciais



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA
CÂMPUS XANXERÊ

Autorização para retorno às atividades presenciais

Considerando o contexto da pandemia do novo coronavírus (Sars-Cov2), a suspensão das atividades presenciais não essenciais para a minimização da contaminação por Sars-Cov2 e a imprescindível retomada das atividades na presencialidade, o IFSC Câmpus Xanxerê, por meio de Plano Local de Contingência para a COVID-19, preparou o câmpus para o retorno gradual das atividades presenciais de forma segura para a comunidade acadêmica.

O retorno é gradual e voluntário e estudantes menores de 18 anos necessitam da autorização dos responsáveis. Estando de acordo, preencha e assine a autorização abaixo:

Eu, _____, responsável por _____, matriculado(a) no Curso Técnico _____, declaro estar **CIENTE E AUTORIZO** o retorno de meu filho(a) às atividades presenciais no IFSC Câmpus Xanxerê.

() Declaro que meu filho(a) apresenta comorbidades e, conforme atestado médico em anexo, pode retornar às aulas presenciais.

() Declaro que meu filho(a) não apresenta comorbidades.

Comprometo-me, a:

- Comunicar ao IFSC, imediatamente, caso o(a) aluno(a) seja diagnosticado positivo para a Covid-19;
- Não permitir que o(a) aluno(a) frequente aulas presenciais caso apresente possíveis sintomas e/ou resida com pessoa suspeita ou com Covid-19 confirmada;
- Respeitar o horário de entrada e de saída do IFSC.

Assinatura do(a) pai/mãe ou responsável

Xanxerê, _____ de _____ de 2021.

Havendo dúvidas, entre em contato: Comissão Local de Contingência para Enfrentamento da Pandemia COVID-19- covid.xxe@ifsc.edu.br

ANEXO 3 - Autodeclarações

AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE (IMUNODEFICIÊNCIA OU DOENÇA CRÔNICA OU GRAVE)

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, declaro para fins específicos de atendimento ao disposto em portaria do Ministro de Estado da Saúde, que devo ser submetido a isolamento, preferencialmente por meio trabalho remoto, em razão de doença preexistente crônica ou grave ou de imunodeficiência, com data de início _____, e 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 e administrativas previstas em Lei.

AUTODECLARAÇÃO DE CUIDADO E COABITAÇÃO

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, declaro para fins específicos de atendimento ao disposto em portaria do Ministro de Estado da Saúde, que, em razão de ter sob meu cuidado uma ou mais pessoas com suspeita ou confirmação de diagnóstico de infecção por Covid-19, bem como coabitar na mesma residência que esta pessoa, devo ser submetido a isolamento por meio de trabalho remoto, com data de início _____, pelo prazo de 14 (quatorze) dias após a pessoa ser considerada recuperada. Declaro, mais, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas.

AUTODECLARAÇÃO DE COABITAÇÃO

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 devo ser submetido a isolamento, preferencialmente por meio trabalho remoto, em razão de coabitar com pessoa que possui doença preexistente crônica ou grave ou de imunodeficiência, com data de início _____, e até o acionamento da Fase 4 da PSS. Declaro, mais, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em Lei.

AUTODECLARAÇÃO DE FILHO(S) EM IDADE ESCOLAR

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, declaro, para fins específicos de atendimento ao disposto em portaria do Ministro de Estado da Saúde, que tenho filhos em idade escolar ou inferior e que necessitam da minha assistência, portanto, necessito ser submetido a trabalho remoto com data de início _____, enquanto vigorar a norma local, conforme o ato normativo _____, que suspendeu as atividades escolares ou em creche, em razão das medidas de enfrentamento ao coronavírus. Declaro, mais, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em Lei.

Informações adicionais:

Dados do outro pai ou mãe (se houver):



Nome completo do outro pai ou mãe (se houver):

Outro pai ou mãe (se houver) é servidor público ou empregado público federal? () Sim () Não

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

Nome Completo:

Idade:

Escola: () Pública () Privada

UF da Escola:

Cidade da Escola:

AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE (SINAIS OU SINTOMAS GRIPAIS)

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, declaro, para fins específicos de atendimento ao disposto em portaria do Ministro de Estado da Saúde, que devo ser submetido a isolamento em razão de apresentar sinais ou sintomas gripais, estritamente pelo tempo em que perdurarem os sintomas, estando ciente de que devo procurar atendimento médico ou orientação por telefone, consoante canal disponibilizado pelo Ministério da Saúde ou pelos demais entes federativos. Declaro, mais, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em Lei.