

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL E SUDESTE DO PARÁ

**AUTODECLARAÇÃO DE COABITAÇÃO PESSOA SUSPEITA OU TESTADA POSITIVO PARA A COVID-19**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro para os devidos fins que em razão de estar em coabitação uma ou mais pessoas com suspeita ou confirmação de diagnóstico de infecção por COVID-19, devo ser submetido a isolamento por meio trabalho remoto com data de início \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Declaro, mais, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais, cíveis e administrativas.

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

Local e data

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

Assinatura