

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL E SUDESTE DO PARÁ

**TERMO DE RESPONSABILIDADE EPIS**

Discente Servidor Terceirizado

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_-\_\_ Cargo/Função: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Campi da Unifesspa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu, devidamente qualificado acima, na condição de membro da comunidade acadêmica da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Unifesspa), DECLARO para fins específicos de atendimento ao disposto no Protocolo de Biossegurança da Unifesspa, que devo ser submetido a isolamento em virtude da testagem positiva positivo para a Covid-19, pelo período de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Estou ciente de que devo permanecer em isolamento por 14 dias das atividades presenciais após o início dos sintomas. DECLARO, mais, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em Lei.

Declaro também que a testagem ocorreu no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, conforme resultado em anexo.

,            de                                  de                     .

Local e data

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

Assinatura