

**Ministério da Educação**

**Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica**

**Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Mato Grosso Campus Avançado Sinop**

**Comissão de Prevenção à Covid -19 Portaria 86/2021**

**FLUXOGRAMA DE PROCEDIMENTOS – PROTOCOLO DE BIOSSEGURANÇA**

**DECLARAÇÃO DE SINTOMAS GRIPAIS OU COVID-19**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estudante matriculado(a) no curso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ano/semestre \_\_\_\_\_\_\_\_\_, do IFMT Campus Avançado Sinop do IFMT, declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Instrução Normativa nº 6/2022- RTR-GAB/RTR/IFMT que enquadro-me em situação de afastamento das atividades presenciais em razão de:

( ) Apresentar sintomas gripais (febre, tosse, dor de cabeça, dor no corpo, dor de garganta)

( ) Teste positivo COVID-19

( ) Ter contato prolongado com pessoa com Covid (Contactante).

Estou ciente de devo permanecer afastado(a) das atividades presenciais por 7 (sete) dias corridos, a partir do primeiro dia de sintomas ou contato com pessoa infectada, realizando atividades em formato RED.

Declaro estar ciente de que o atestado médico ou exame/teste deverá ser enviado via e-mail à coordenação de curso, no prazo de até 7 (sete) dias.

Por ser verdade, assino a presente declaração.

Sinop/MT, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2022.

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

Estudante

Telefone de Contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_