**AUTODECLARAÇÃO DE CONDIÇÃO NECESSÁRIA AO TRABALHO REMOTO (PARA SERVIDORES) E REGIME DOMICILIAR DE ESTUDOS (PARA ESTUDANTES)**

Preenchimento para estudantes

Eu, RG , Matrícula , turma ,

*Campus* ,

Preenchimento para servidores (caso ainda não tenha dado ciência ao setor de saúde, conforme MEMORANDO CIRCULAR Nº 147/2020 - CHEFIA DE GABINETE DO(A) REITOR(A) / REITORIA / IF e e MEMORANDO CIRCULAR Nº 323/2020 – PRÓ-

-REITORIA DE DESENV.INSTITUCIONAL/ REITORIA/ IF Farroupilha):

Eu, RG , CPF , SIAPE

cargo , *Cam- pus* ,declaro, para fins específicos de atendimento ao disposto no Plano de Contingência para Prevenção, Monitoramento e Controle do Novo Coronavírus – COVID-19, no âm- bito do IFFar e enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública de impor- tância internacional, que me enquadro em um ou mais dos grupos elencados abaixo em razão de:

|  |  |
| --- | --- |
| a) Ter idade igual ou maior que 60 (sessenta) anos; | ( ) |
| b) Ter doença preexistente crônica ou grave ou de imunodeficiência constantes no Quadro 1.; | ( ) |
| c) Ter sob meu cuidado uma ou mais pessoas com suspeita ou confirmação de diagnóstico de infecção por COVID-19, sendo de nome (s) e RG (s ,habitando a mesma residência que essa(s) pessoa(s), no endereço  | ( ) |
| d) Ser gestante (idade gestacional: semanas e dias e/ou data provável do parto: ) ou lactante (data do parto: ).Obs.: amamentação exclusiva até 180 dias após o parto. | ( ) |

|  |  |
| --- | --- |
| e)Coabitar, no endereço  , com o(a) Sr(a)  RG: , pessoa pertencente ao grupo de risco para COVID-19, por ter idade superior a 60 (sessenta) anos ( ), ser gestante/lactante ( ) ou ter doença crônica/imunodeficiência constante no Quadro 1 ( ). | ( ) |
| f)Ter filhos em idade escolar ou inferior, de nome(s) e RG(s) ,que necessita(m) da minha assistência, por não haver nenhum outro adulto na residência, enquanto vigorar a norma local, conforme o ato normativo , que suspendeu as atividades escolares ou em creche, por motivos de força maior relacionadas ao coronavírus; | ( ) |
| g) Ser considerado caso suspeito de COVID-19, isto é, com data deinício , pelo tempo em que perdurarem os sintomas, em prazo não inferior a 14 dias, estando ciente de que devo procurar atendimento médico ou por telefone, no canal disponibilizado pelo Ministério da Saúde ou pelos demais entes federativos, e prestar informações de atualização da situação de saúde. | ( ) |
| h) Estar assintomático, mas ser considerado contatante de caso confirmado de COVID-19, entre 2 dias antes e 14 dias após o início dos sinais/sintomas ou confirmação laboratorial do contato, em pelo menos uma das situações: ter contato durante mais de 15 minutos a menos de 1 metro de distância; permanecer a menos de 1 metro de distância durante transporte; compartilhar o mesmo ambiente domiciliar; ser profissional de saúde/pessoa que cuide diretamentede um caso da COVID-19 ou trabalhador de laboratório que manipule amostras de um caso da COVID-19, sem a proteção recomendada.Observação: Implica em 14 dias de afastamento. | ( ) |
| i) Ter retornado de viagem ao exterior no dia , devendo observar o período de 7 (sete) dias de atividades não presenciais se não apresentar sintomas gripais e, 14 (dias), se apresentar esses sintomas |  |

Observações:

*Os comprovantes de saúde (atestado médico, exames e/ou receitas) deverão ser apresentados com a autodeclaração ao Setor de Saúde, preferencialmente, via e-mail. Na ocasião de servidor considerado caso confirmado de COVID-19, o mesmo deverá ser submetido à perícia médica, em momento oportuno, para fins de concessão de licenças para tratamento de saúde. Se aluno, orienta-se que a coordenação de curso/professores avaliem as exigências de tarefas durante o regime domiciliar de estudos com parcimônia, devido à possibilidade de decréscimo de seu rendimento relacionado aos sintomas apresentados.*



**ENCAMINHAR ESTA DECLARAÇÃO E COMPROVANTES PARA O E-MAIL DO SETOR DE SAÚDE DE SUA UNIDADE, CONFORME LISTA ABAIXO:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Campus* Alegrete | saude.al@iffarroupilha.edu.br |
| *Campus* Frederico Westphalen | saude.fw@iffarroupilha.edu.br |
| *Campus* Jaguari/CR Santiago | saude.ja@iffarroupilha.edu.br |
| *Campus* Júlio de Castilhos | saude.jc@iffarroupilha.edu.br |
| *Campus* Panambi | saude.pb@iffarroupilha.edu.br |
| Reitoria/EaD | saudereitoria@iffarroupilha.edu.br |
| *Campus* Santo Augusto | saude.sa@iffarroupilha.edu.br |
| *Campus* Santo Ângelo | saude.san@iffarroupilha.edu.br |
| *Campus* Santa Rosa | servicosaude.sr@iffarroupilha.edu.br |
| *Campus* São Borja | saude.sb@iffarroupilha.edu.br |
| *Campus* São Vicente do Sul | saude.svs@iffarroupilha.edu.br |
| *Campus* Avançado Uruguaiana | cae.ug@iffarroupilha.edu.br (estudantes) saude.sb@iffarroupilha.edu.br (servidores) |