



Ministério da Educação  
Universidade Federal do Cariri  
Pró-Reitoria de Gestão De Pessoas

### **AUTODECLARAÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS GRIPAIS**

Eu, \_\_\_\_\_, Matrícula  
SIAPE nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_ declaro para fins  
específicos de atendimento ao disposto na Instrução Normativa nº 27, de 25 de março de 2020,  
que apresento sinais e sintomas gripais e que devo permanecer afastado enquanto perdurar  
essa condição.

Declaro, mais, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me  
sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em Lei.

---

Assinatura do servidor