



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
PRÓ-REITORIA DE CULTURA**

ANEXO I

**AUTODECLARAÇÃO DE CASO SUSPEITO DE COVID-19/SINAIS OU
SINTOMAS GRIPAIS**

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Instrução Normativa nº 109, de 29 de outubro de 2020, que devo ser submetido a afastamento em razão de apresentar sinais ou sintomas gripais, com data de início _____, estando ciente que devo procurar atendimento de saúde e retornar às atividades presenciais, 24 (vinte e quatro) horas após a resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios, caso não tenha sido confirmado o diagnóstico de Covid-19 ou outra doença que enseje no afastamento por motivo de saúde. Declaro, por fim, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais, cíveis e administrativas previstas em Lei.

_____, ____ de _____ de _____.
Local e data

Assinatura

Ministério da Educação
Universidade Federal do Cariri
Pró-Reitoria de Cultura