

TERMO DE COMPROMISSO PARA ATIVIDADES PRESENCIAIS NA UFLA

IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)/ FUNCIONÁRIO(A) REQUERENTE	
Nome completo:	
Matrícula:	
Lotação:	
Cargo:	
E-mail:	
Telefone:	
IDENTIFICAÇÃO DO(A) CHEFE IMEDIATO(A)	
Nome completo:	
Matrícula:	
Lotação:	
Cargo:	
E-mail:	
Telefone:	

Declaro estar ciente dos riscos da transmissão da Covid-19 e que deverei colaborar efetivamente para manter as medidas de prevenção e proteção pessoal, contribuindo para o controle da pandemia.

Ademais, declaro que:

- a) estarei atualizado, por meio de fontes confiáveis, sobre as formas de transmissão da Covid-19 e sobre as medidas de prevenção e proteção pessoal;
- b) estou ciente do conteúdo referente ao Protocolo de Biossegurança para retorno das atividades na Universidade Federal de Lavras;
- c) não apresento nenhum sintoma característico da Covid-19 (gripais/resfriados);
- d) informarei à chefia imediata, caso apresente sintomas gripais, que possam ser de Covid-19, procurando imediatamente o atendimento remoto pelo TeleCovid ou unidade de saúde (PSF ou UPA);
- e) utilizarei adequadamente, obrigatoriamente e continuamente a máscara facial de proteção em todos os espaços do câmpus;

Declaro, para os devidos fins, que li e aceitei o termo descrito acima, e afirmo que todas as informações preenchidas neste formulário são verdadeiras perante o Poder Público, sob as penas da lei.

Lavras, _____ de _____ de 2021

Assinatura do servidor/funcionário