**ANEXO I**

**AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para ﬁm especíﬁco de atendimento ao disposto no Ofício Circular nº 03/2020/R, de 17 de março de 2020, que devo ser submetido a isolamento por meio de trabalho remoto, em razão de doença preexistente crônica, grave ou de imunodeﬁciência, com data de início \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus.

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

 Passo Fundo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2020.

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

NOME COMPLETO

 Ciente:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura e carimbo do gestor