

**TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO E RESPONSABILIDADE
PARA RETORNO ÀS ATIVIDADES PRÁTICAS ACADÊMICAS PRESENCIAIS**

Considerando a situação de pandemia causada pelo COVID-19 (Novo Coronavírus), e o estado de isolamento social ordenado pelas Autoridades Governamentais e de Saúde;

Considerando a permissão de retorno às atividades práticas, pelo Governo do Estado de Goiás, Nota Técnica nº 13/2020, e pela Prefeitura Municipal de Inhumas, Decreto nº 221 de 05 de outubro de 2020, e seguindo as normas do Governo Federal de Vigilância de Saúde e as normatizações do Governo Estadual de Goiás em relação aos cuidados que se deve tomar para evitar ou minimizar os riscos de contaminação com o novo coronavírus (COVID-19);

Considerando que a Faculdade de Inhumas - FACMAIS, mantida pelo Centro de Educação Superior de Inhumas - Cesin, instituiu um Protocolo de Biossegurança que integra o Plano de Retorno Gradual das Atividades de Estágio, Atividades de Laboratório e Aulas Práticas da FACMAIS e tem a finalidade de organizar procedimentos e orientar a comunidade acadêmica com foco no cuidado com as pessoas, com medidas obrigatórias para retorno às atividades presenciais, a fim de minimizar a propagação do COVID-19.

Considerando que dentre a comunidade acadêmica estão pessoas de todas as idades inclusive os considerados grupo de risco;

Resolve o estudante **DECLARANTE**, de livre e espontânea vontade firmar o presente instrumento para declarar ciência, concordância e responsabilidade com relação ao retorno das atividades acadêmicas presenciais.

Eu, _____,
estudante regularmente matriculado no curso _____,
no _____ período, portador da Cédula de Identidade nº _____,
inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF sob o nº _____,
residente e domiciliado(a) à _____

DECLARO(A), para todos os fins de direito que tenho ciência de todos os problemas causados pela pandemia COVID-19, e dos riscos em relação ao contágio do coronavírus (COVID-19), que tenho ciência do que está acontecendo a nível mundial, nacional, e especialmente no município de Inhumas e no estado de Goiás, bem como, estou ciente de todas medidas adotadas pela FACMAIS em relação ao retorno das atividades práticas presenciais na Instituição e, de livre e espontânea vontade, retomar minhas atividades de forma presencial.

Declaro ainda que li o Protocolo de Biossegurança da FACMAIS e que fui devidamente informado sobre as medidas de segurança e exigências referentes ao acesso, permanência e utilização dos laboratórios, aulas práticas e estágios.

Declaro ainda que a qualquer momento, em que possa estar com quadro de síndrome gripal, quadro febril ou sintomas respiratórios (tosse, produção de escarro, dificuldade para respirar, dor de garganta, congestão nasal ou coriza), e/ou diarreia, perda de paladar ou de olfato, dores musculares, dores no corpo, dor de cabeça, náusea ou vômito, devo informar expressamente à coordenação do curso e não comparecer à instituição de ensino conforme expresso no Protocolo de Biossegurança.

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Inhumas, _____ de Outubro de 2020.

DECLARANTE:

Assinatura: _____

Nome completo: _____

CPF: _____

Representante da FACMAIS:

Assinatura: _____

CPF: _____