



AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE DISCENTE

DADOS DO ESTUDANTE

Nome completo:

Nome social:

Curso:

Nº de matrícula:

Telefone:

E-mail:

Este formulário é destinado aos alunos que estejam nas seguintes situações: síndrome gripal ou teste positivo para a COVID- 19 ou contatante.

Por favor, marcar dentre as alternativas a seguir a condição que você se enquadra.

- síndrome gripal;
- teste positivo para a COVID- 19;
- contatante de caso confirmado de Covid-19.

DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL (caso o estudante seja menor de 18 anos)

Nome completo:

Grau de parentesco:

RG ou CPF:

CONTATOS

Celular/WhatsApp do(a) estudante:

Celular/WhatsApp do(a) responsável legal (caso houver):

DECLARO que as informações prestadas são verdadeiras e autênticas.

DECLARO estar ciente das orientações contidas no Ofício circular nº 04/2022 PROEN/REITORIA IFCE.

DECLARO estar ciente da organização curricular e do planejamento estabelecido pelo meu campus de vínculo, conforme as estratégias apresentadas tanto para as disciplinas que estou cursando como também para aquelas que serão ofertadas durante o período pandêmico.

DECLARO dar aceite à forma de ensino estabelecida pelo meu campus de vínculo, de acordo com a matrícula ofertada no corrente semestre letivo.

_____ - CE, _____ de _____ de 2022.

Assinatura