**ANEXO I**

**TERMO DE CIÊNCIA DOS RISCOS PARA O ESTUDANTE/ESTAGIÁRIO QUE NÃO PODE SE VACINAR E DESEJA VOLTAR ÀS ATIVIDADES PRESENCIAIS**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que desejo retornar ao trabalho presencial (no caso de estagiário) /desejo retornar às aulas presenciais (no caso de estudante), compreendendo minha condição de saúde específica que não permite minha vacinação contra a covid-19 e me responsabilizo pelos possíveis riscos em relação à referida doença e afirmo estar ciente dos termos do Plano de Contingência contra o Coronavírus do Instituto Federal do Paraná. Dessa forma, isento o IFPR de quaisquer problemas que a falta de imunização possa vir a trazer para minha saúde e da coletividade.

Tenho ciência que são medidas de prevenção da Covid-19: uso obrigatório de máscara; distanciamento físico mínimo de 1 metro; higienização frequente das mãos; não compartilhamento de objetos de uso pessoal; não promover aglomerações.

\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

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

Assinatura do estudante/estagiário

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

Assinatura obrigatória do responsável para estudantes/estagiários menores de idade