**ANEXO IV**

**TERMO DE CIÊNCIA DOS RISCOS PARA OS SERVIDORES QUE NÃO PODEM SE VACINAR E DESEJAM VOLTAR AO TRABALHO PRESENCIAL**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro que desejo retornar ao trabalho presencial, 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 servidor