

## **Termo de Ciência e Responsabilidade para Realização de Atividades Presenciais durante a Pandemia de COVID-19**

Eu, \_\_\_\_\_  
(*nome completo legível*), portador(a) do CPF: \_\_\_\_\_, mediante este instrumento, **DECLARO** ter recebido e lido o documento: Protocolo Complementar de Biossegurança para realização de concursos públicos em período de pandemia de COVID-19 e ter ciência das medidas preventivas de comportamento e de proteção para realização de atividades presenciais em espaços físicos da UFMG na vigência de Pandemia de COVID-19.

**DECLARO**, a fim de mitigar os riscos de transmissão do vírus, me responsabilizar pela adoção das seguintes medidas em cumprimento ao Protocolo de Biossegurança da Unidade à qual terei acesso:

- (1) lavar as mãos com água e sabão e/ou utilizar solução de álcool em gel 70% sempre que tiver contato com superfícies;
- (2) manter o distanciamento físico determinado;
- (3) evitar aglomerações;
- (4) utilizar equipamentos de proteção individual, em especial a máscara facial de forma correta e adequada ao ambiente;
- (5) utilizar equipamentos e utensílios apenas individuais, sem compartilhar quaisquer objetos;
- (6) evitar tocar a face com as mãos;
- (7) evitar contatos físicos como abraços e apertos de mãos.

**DECLARO** ter recebido informações sobre as medidas necessárias de proteção, sobre o uso de equipamentos de proteção individual e **DECLARO** que seguirei as recomendações do Protocolo de Biossegurança da UFMG e das orientações específicas para a Unidade onde será desenvolvida a atividade presencial da qual participarei.

**DECLARO** que gozo de boa saúde e não apresento condições de vulnerabilidade que representem risco aumentado em caso de COVID-19.

**DECLARO** por fim que **NÃO** apresento sintomas da COVID-19 ou de outra doença infecciosa e/ou infectocontagiosa (de sintomas gerais como coriza, diarreia, dor de garganta, dor no peito, falta de ar, febre, mal-estar, perda de olfato ou de paladar, tosse e outros).

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ (*dia*) de \_\_\_\_\_ (*mês*) de 2021.

---

Assinatura

*(Conforme documento de identificação)*