**AUTODECLARAÇÃO DE CUIDADO E COABITAÇÃO COM PESSOA(S) SUSPEITA(S) OU DIAGNÓSTICADA(S) DE COVID-19**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Instrução Normativa nº 109, de 29 de outubro de 2020, que em razão de ter sob meu cuidado uma ou mais pessoas com suspeita ou confirmação de diagnóstico de infecção por COVID-19, bem como coabitar na mesma residência que esta pessoa, devo ser submetido a isolamento por meio do trabalho remoto com data de início \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*, e enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus. Declaro, ainda, pelas mesmas razões, que não exercerei nenhuma outra atividade remunerada em caráter presencial durante esse mesmo período. Declaro, por fim, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em Lei.

\*Colocar data de início da suspeita da enfermidade.

**AUTODECLARAÇÃO DE COABITAÇÃO COM IDOSO(S) OU PESSOA(S) COM DEFICIÊNCIA E INTEGRANTE(S) DO GRUPO DE RISCO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Instrução Normativa nº 109, de 29 de outubro de 2020, que em razão coabitar com idoso ou pessoa com deficiência e integrante do grupo de risco para a COVID-19, devo ser submetido a isolamento por meio trabalho remoto com data de início \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*, e enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus. Declaro, ainda, pelas mesmas razões, que não exercerei nenhuma outra atividade remunerada em caráter presencial durante esse mesmo período. Declaro, por fim, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em Lei.

\*Colocar data a partir do ato que liberou o início do trabalho presencial na Instituição.