

AUTODECLARAÇÃO – COVID 19

EU (nome) _____,
RG nº _____, cargo _____,
lotado na Unidade _____, nos termos
do artigo 4º, da Resolução SAP nº ____/2020, **DECLARO** sob as penas da Lei, que as
informações abaixo referentes aos sintomas do COVID-19, **aqui prestadas são verdadeiras.**

1- Teve contato com alguém suspeito ou confirmado para Covid 19?

() Não () Sim

2- Sintomas:

Febre () Não () Sim Temperatura atual: ____°C

Tosse () Não () Sim

Congestão Nasal () Não () Sim

Dor de Garganta () Não () Sim

Coriza () Não () Sim

Dificuldade para respirar () Não () Sim

Mal estar geral /cansaço () Não () Sim

Outro Sintoma: _____

3- Está em uso de algum medicamento?

() Não () Sim Qual? _____

4- Tomou vacina contra Influenza em 2019?

() Não () Sim

Estou ciente que no caso de declaração falsa, estarei sujeito à responsabilização disciplinar, civil e penal.

Assinatura: _____