*ANEXO VIII*

*AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE DE ALUNOS COM SINAIS OU SINTOMAS GRIPAIS
(*Instrução Normativa 5/2022 - RET-SCS/RET-GAB/RET/IFBAIANO, DE 5 de fevereiro de 2022 *)*

Eu, , RG nº ,CPF nº , declaro para fins específicos que devo ser submetido a afastamento das atividades acadêmicas em razão de apresentar sinais ou sintomas gripais, com data de início em , estando ciente de que devo procurar atendimento médico. Declaro que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas, previstas em Lei.

Turma:

Assinatura do aluno:

(Se menor de idade, assinatura do responsável:)

*ANEXO X*

*AUTO DECLARAÇÃO DE ALUNOS EM CONTATO / COABITAÇÃO COM PESSOA COM INFECÇÃO POR COVID-19.
(*Instrução Normativa 5/2022 - RET-SCS/RET-GAB/RET/IFBAIANO, DE 5 de fevereiro de 2022***)***

Eu, , RG nº , CPF nº , declaro para fins específicos que em razão de ter tido contato com uma ou mais pessoas com infecção por COVID-19, ou coabitar com pessoa infectada, devo ser afastado das atividades acadêmicas com data de início em . Declaro que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em Lei.

Assinatura do aluno:

Se menor de idade, assinatura do responsável:

**ANEXO I**

 **AUTODECLARAÇAO DE ATUALIZAÇÃO DE ESQUEMA VACINAL
(Instrução Normativa 6/2022 - RET-SCS/RET-GAB/RET/IFBAIANO, DE 18 de fevereiro de 2022 )**

**Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  RG n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ,CPF n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SIAPE/Matrícula n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aqui representado por**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (somente no caso de estudante menor), declaro que já iniciei o esquema vacinal contra Covid-2019 e tenho previsão conforme cronograma definido no Plano Nacional de Imunização para concluí-lo em \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_.**

**Comprometo-me a apresentar o documento comprobatório de complementação do esquema vacinal em até 10 (dez) dias úteis, após a data prevista de acordo ao cronograma do Plano Nacional de Imunização Brasileiro.**
**Declaro que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará as sanções penais, cíveis e administrativas previstas em lei e que tenho ciência de que a Administração poderá, a qualquer tempo, solicitar documentos comprobatórios da situação supra referida.**

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

**Local e data**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Assinatura**

**(No caso de aluno menor, o responsável legal deverá assinar)**