**MODELOS DAS Declarações**

**AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF no

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Instrução Normativa SGP/SEDGG/ME no 90, de 28 de setembro de 2021 e na Resolução Consuni UFBA no 07 de 12 de novembro de 2021 que me enquadro em situação de afastamento das atividades presenciais em razão de possuir fator, condição ou situação de risco para agravamento de Covid- 19, nos termos do inciso I do art. 4o da Instrução Normativa e do parágrafo 8o da Resolução. 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, cíveis e administrativas previstas em Lei.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.
Local e data
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura ...............................................................................................................................................

**AUTODECLARAÇÃO DE FILHO(S) OU MENOR(ES) SOB GUARDA EM IDADE ESCOLAR OU DE PESSOA QUE NECESSITE DE ATENÇÃO ESPECIAL**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF no

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Instrução Normativa SGP/SEDGG/ME no 90, de 28 de setembro de 2021 e na Resolução Consuni UFBA no 07 de 12 de novembro de 2021, que tenho filho(s) ou menor(es) sob guarda em idade escolar ou inferior ou que tenho pessoa(s) que necessita(m) da minha assistência, portanto, necessito ser submetido a trabalho remoto com data de início \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e enquanto vigorar a norma local, conforme o ato normativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que suspendeu as atividades escolares ou em creche, por motivos de força maior relacionadas ao Coronavírus. Declaro, ainda, pelas mesmas razões, que não exercerei nenhuma outra atividade remunerada em caráter presencial durante esse período e que não possuo cônjuge, companheiro ou outro familiar adulto que comigo resida apto a prestar assistência ao (s) meu(s) filho(s) em idade escolar. Declaro, por fim, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais, cíveis e administrativas previstas em Lei.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_. Local e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do/a responsável

Informações adicionais:

Dados cônjuge:
Nome Completo:
Servidor Público ou Empregado Público Federal: ( ) Sim ( ) Não Dados dos filhos (deve ser preenchido para cada filho):
Dados do menor sob guarda (deve ser preenchido para cada menor): Nome Completo:
Idade:
Escola: ( ) Pública ( ) Privada
UF da Escola:
Cidade da Escola: