TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estudante regularmente matriculado (a) no curso de Especialização em Análises Clínicas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no \_\_\_\_\_\_ período, DECLARO para todos os efeitos e fins que:

( ) Quero realizar a atividade de estágio.

( ) Estou ciente da situação de pandemia declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), da situação de emergência de saúde pública decorrente do novo coronavírus (COVID-19) e dos riscos que os cenários de práticas em ambientes hospitalares representam.

( ) Estou ciente dos protocolos de segurança, da obrigatoriedade do treinamento nos protocolos de biossegurança e de sua observância e cumprimento.

( ) Não pertenço aos grupos de risco: gestantes, lactantes, pessoas com filhos ou dependentes em idade escolar, que dividam a mesma habitação com pessoas idosas, pessoas com sessenta anos ou mais, com imunodeficiências ou com doenças preexistentes crônicas ou graves.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202...

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

Assinatura do aluno