**Termo de Ciência e Responsabilidade para o Desenvolvimento de Atividade Presencial de Pesquisa durante a Pandemia da COVID-19**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estudante regularmente matriculado no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ período/ano do Curso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,do Instituto Federal Catarinense – *Campus* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,número de matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na condição de bolsista em projeto com financiamento, estou ciente quanto à existência da pandemia declarada pela Organização Mundial de Saúde e da situação de emergência de saúde pública em consequência do coronavírus (COVID-19). Em vista disso, declaro para todos os efeitos e fins que:

1. Não sou membro de grupo de risco e tenho plenas condições físicas e mentais de exercer as atividades presenciais, motivo pelo qual manifesto a minha opção de retomar as atividades acadêmicasde pesquisa por vontade própria.
2. Ressalto que tenho conhecimento a respeito das medidas de prevenção e cuidados necessários para evitar o contágio pelo coronavírus, definidas pela Organização Mundial de Saúde.
3. Declaro que utilizarei regularmente os EPIs necessários para minha proteção e segurança individual e coletiva, executarei a higienização regular como orientado e manterei distanciamento durante o período de atividades presenciais, conforme definido pela Organização Mundial de Saúde.
4. Declaro que, caso venha a apresentar qualquer sintoma relacionado ao COVID-19, informarei imediatamente ao professor orientador, que reportará imediatamente ao SCO do Campus, e não comparecerei ao *campus*durante o período em que estiver adoecido.
5. Declaro que comparecerei ao *campus*somente para desenvolveras atividades relacionadas ao projeto do qual sou bolsista, sempre com o acompanhamento e autorização do professor orientador.
6. Declaro ciência de que minha entrada e permanência nas dependências do laboratório onde ocorrem as atividades do projeto, dar-se-á somente após a anuência do SCO do campus, a qual pode ser revogada a qualquer tempo.

Ante o exposto, assino o presente Termo de Ciência e Responsabilidade.

(CIDADE), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

|  |  |
| --- | --- |
| assinatura do Estudante | Assinatura do Responsável  (Caso seja menor de 18 anos) |