

AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE (SINAIS E/OU SINTOMAS DA COVID-19)

Eu, _____, Matrícula: _____ RG nº _____, CPF nº _____, declaro, para fins específicos de atendimento ao disposto em Instrução Normativa 01/2022 – PROGEP, da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, que devo ser submetido a isolamento em razão de apresentar sinais e/ou sintomas suspeitos de COVID-19, estritamente por 10 dias, com data de início _____ dos sintomas, estando ciente de que devo procurar atendimento médico e/ou orientação por telefone, consoante canal disponibilizado pelo Ministério da Saúde ou pelos demais entes federativos. Declaro, mais, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções cíveis, penais e administrativas previstas em Lei.

Data: ___/___/___

Assinatura