



Ministério da Educação
Universidade Federal do Cariri
Conselho Universitário

ANEXO I DA RESOLUÇÃO CONSUNI Nº 36, DE 17 DE SETEMBRO DE 2020

TERMO DE CIÊNCIA

Eu, **(nome)**, **(descrição do vínculo com a UFCA)** **(nº matrícula)**, afirmo que fui orientado(a) sobre os riscos de participar, durante a pandemia de Covid-19, de ações presenciais fora de meu domicílio. Declaro também que estou ciente das medidas de biossegurança necessárias à redução desses riscos na execução de atividades presenciais. Atesto ciência, também, de que o contexto epidemiológico presente exige responsabilidade coletiva para contenção da pandemia de Covid-19, o que demanda cumprimento rígido das medidas de biossegurança preconizadas pelas autoridades sanitárias.

(Cidade) (dia) (mês) (ano) (Assinatura)

_____, ____ de ____ de _____, _____

Nome

Completo CPF:
(Assinatura)



Ministério da Educação
Universidade Federal do Cariri
Conselho Universitário

ANEXO II DA RESOLUÇÃO CONSUNI Nº 36, DE 17 DE SETEMBRO DE 2020

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, **(nome do Professor Orientador)**, **(descrição do vínculo com a UFCA)** **(SIAPE)**, assumo o compromisso de que verifiquei que o protocolo adotado pela instituição concedente das medidas de biossegurança são as necessárias para a execução segura e responsável de atividade de estágio , com a anuência do Comitê Interno de Enfrentamento à Covid-19 (Cieco-19/UFCA).

(Cidade) (dia) (mês) (ano) (Assinatura)

_____, ____ de ____ de ____.

Nome Completo do(a) orientador(a) de estágio
SIAPE:



Ministério da Educação
Universidade Federal do Cariri
Conselho Universitário

ANEXO III DA RESOLUÇÃO CONSUNI Nº 36, DE 17 DE SETEMBRO DE 2020

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, **(nome)**, **(descrição do vínculo com a instituição concedente)** **(CPF)**, assumo o compromisso de zelar pelo rígido cumprimento das medidas de biossegurança necessárias para a execução segura e responsável de atividade de estágio.

(Cidade) (dia) (mês) (ano) (Assinatura)

_____, ____ de ____ de ____.

Nome Completo do(a) supervisor(a) de campo de estágio
CPF:



Ministério da Educação
Universidade Federal do Cariri
Conselho Universitário

ANEXO IV DA RESOLUÇÃO CONSUNI Nº 36, DE 17 DE SETEMBRO DE 2020

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, **(nome)**, **(descrição do vínculo com a UFCA)** (nº **matrícula**), afirmo que fui orientado(a) sobre os riscos de participar, durante a pandemia de Covid-19, de ações presenciais fora de meu domicílio. Afirmo ainda que apresento as seguintes condições consideradas de risco para evolução da forma grave da Covid- 19:

☐ Idade $\geq$ 60

anos ☐

Hipertensão

☐ Diabetes

☐ Obesidade

☐ Doença cardíaca

☐ Doença pulmonar

☐ Doença renal crônica

☐ Câncer

☐ Transplantado

☐ Imunossupressão

☐ Gestante

☐ Outro: _____

Assim sendo, assumo a responsabilidade pelas consequências que a execução de atividades acadêmicas presenciais possam acarretar à minha saúde, ciente de que o Cieco-19 incentiva o desenvolvimento de atividades remotas para pessoas do grupo de risco.

(Cidade) (dia) (mês) (ano)(Assinatura)

_____, ____ de ____ de ____.

Nome Completo do(a) estagiário(a)

CPF:

(Assinatura)

Nome Completo do(a) supervisor(a) de campo

CPF: