



## MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA

### TERMO DE CIÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, declaro que optei por **NÃO** receber a vacina contra o vírus Sars-Cov-2 (Coronavírus) recomendada pelo Ministério da Saúde, e deverei apresentar este RT-PCR ou teste antígeno negativos para Covid-19 realizados nas últimas 72h. Declaro ainda que me responsabilizo pelos possíveis riscos em relação à Covid-19 e afirmo estar ciente dos termos do Plano de Contingência contra o Coronavírus do Instituto Federal Farroupilha. Dessa forma, isento o IFFar de quaisquer problemas que a falta de imunização possa vir a trazer para minha saúde e da coletividade.

São medidas de prevenção da Covid-19; uso obrigatório de máscara; distanciamento físico mínimo de 1 metro; higienização frequente das mãos; não compartilhamento de objetos de uso pessoal; não promover aglomerações.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Assinatura