



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA

ANEXO II

Termo de Ciência referente a não realização da vacina contra a COVID-19

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 nos últimos 7 dias. 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; vacinação adicionados os reforços, distanciamento físico mínimo de 1 metro, uso facultativo/recomendado de máscara em ambientes fechados e abertos, higienização frequente das mãos; não compartilhamento de objetos de uso pessoal; não promover aglomerações.

_____, _____ de 2022.

Assinatura



Emitido em 03/06/2022

CÓPIA DE DOCUMENTOS Nº 01/2022 - GRE (11.01.01.44.01)
(Nº do Documento: 2648)

(Nº do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO)

(Assinado digitalmente em 03/06/2022 16:09)
NIDIA HERINGER
REITOR

Para verificar a autenticidade deste documento entre em <https://sig.iffarroupilha.edu.br/documentos/> informando seu número: **2648**, ano: **2022**, tipo: **CÓPIA DE DOCUMENTOS**, data de emissão: **03/06/2022** e o código de verificação: **d2a7e3bf51**