

TERMO DE CIÊNCIA (ESTUDANTE)

Eu, _____, RG _____, matrícula _____ e curso _____, declaro que estou ciente das medidas gerais de prevenção contra a Covid-19 adotadas pelo Instituto Federal do Ceará – IFCE, incluindo a solicitação obrigatória de comprovação da realização de esquema vacinal contra a Covid-19 como medida essencial para a segurança individual e coletiva. Declaro, ainda, que me responsabilizo pelos possíveis riscos em relação à Covid-19 e afirmo estar ciente dos termos do “Plano de Contingência diante da Pandemia do Novo Coronavírus (Covid-19)”. Dessa forma, isento o IFCE de quaisquer problemas que a falta de imunização possa trazer para a minha saúde e a da coletividade. Registro, ainda, que as implicações acadêmicas e disciplinares referentes a minha decisão voluntária estarão submetidas às normas estabelecidas pela Organização Didática do IFCE, podendo ensejar em processo disciplinar grave.

Observação. Os cuidados na prevenção da Covid-19 envolvem o uso obrigatório e correto de máscara, a higiene correta das mãos, além de outras medidas sanitárias orientadas pelo Ministério da Saúde.

Local, Data

Assinatura