

AUTODECLARAÇÃO - COVID 19

EU (nome) _____,
RG nº _____, cargo _____,
lotado na Unidade _____, nos termos
do artigo 4º, da Resolução SAP nº 43, de 24-3-2020, **DECLARO** sob as penas da Lei, que as
informações abaixo referentes aos sintomas do COVID-19, **aqui prestadas são verdadeiras.**

1- Teve contato com alguém suspeito ou confirmado para Covid 19?

Não Sim

2- Sintomas:

Febre Não Sim Temperatura atual: _____ °C

Tosse Não Sim

Congestão Nasal Não Sim

Dor de Garganta Não Sim

Coriza Não Sim

Dificuldade para respirar Não Sim

Mal estar geral / cansaço Não Sim

Outro Sintoma: _____

3- Está em uso de algum medicamento?

Não Sim Qual? _____

4- Tomou vacina contra Influenza em 2019?

Não Sim

Estou ciente que no caso de declaração falsa, estarei sujeito à responsabilização disciplinar, civil e penal.

Assinatura: _____