

**TERMO VOLUNTÁRIO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE
COVID-19**

Eu, _____,
RG nº _____, mediante a este instrumento, **DECLARO** ter ciência dos riscos de exposição ao SARS-CoV-2, causador da COVID-19, e que ainda assim desejo voluntariamente executar minhas atividades de forma presencial ou semipresencial na Faculdade de Odontologia da UFMG.

Declaro, ainda, estar ciente das medidas de segurança que devem ser adotadas a fim de se mitigar os riscos de contaminação cruzada, como: (1) lavar as mãos com água e sabão constantemente ou, do contrário, utilizar solução de álcool em gel 70%; (2) manter o distanciamento social; (3) e evitar aglomerações (mais de duas pessoas); (4) utilização constante de máscara facial, tapando a boca e o nariz; (5) não tossir ou espirrar sem proteger com os cotovelos ou lenço; (6) manter os ambientes ventilados; (7) realizar desinfecção de materiais e equipamentos com álcool 70% ou desinfetante comum ao chegar e ao deixar o local; (8) evitar contatos como apertos de mãos e abraços.

Informo, também, que gozo de boa saúde e não possuo qualquer sintoma relacionado ao COVID-19, encontrando-me em condições seguras para a execução de minhas atividades.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____ 2020.

Assinatura: _____

- Docente Tae Terceirizados
 Discente Grad. Discente pós-Grad. Voluntários

**TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE
ATIVIDADES ESSENCIAIS
COVID-19**

Eu, _____,
RG nº _____, mediante a este instrumento, **DECLARO** ter ciência dos riscos de exposição ao SARS-CoV-2, causador da COVID-19, e que sigo exercendo minhas atividades presenciais ou semi-presenciais em virtude da **natureza essencial** de minha atividade para a Faculdade de Odontologia.

Declaro, ainda, estar ciente das medidas de segurança que devem ser adotadas a fim de se mitigar os riscos de contaminação cruzada, como: (1) lavar as mãos com água e sabão constantemente ou, do contrário, utilizar solução de álcool em gel 70%; (2) manter o distanciamento social; (3) e evitar aglomerações (mais de duas pessoas); (4) utilização constante de máscara facial, tapando a boca e o nariz; (5) não tossir ou espirrar sem proteger com os cotovelos ou lenço; (6) manter os ambientes ventilados; (7) realizar desinfecção de materiais e equipamentos com álcool 70% ou desinfetante comum ao chegar e ao deixar o local; (8) evitar contatos como apertos de mãos e abraços.

Informo, também, que gozo de boa saúde, não faço parte do grupo de risco e não possuo qualquer sintoma relacionado ao COVID-19, encontrando-me em condições seguras para a execução de minhas atividades.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____ 2020.

Assinatura: _____

Docente Tae Terceirizados

Discente Grad. Discente pós-Grad. Voluntários