

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE PERNAMBUCO

*CAMPUS* CABO DE SANTO AGOSTINHO

COMISSÃO ORGANIZADORA E EXECUTORA DO PROCESSO SELETIVO DE ESTAGIÁRIOS

**ANEXO V**

**AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito/a no CPF sob o  nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro, para fins específicos de atendimento ao disposto no Protocolo nº 22, que  me enquadro no grupo de risco da Covid-19 na(s) seguinte(s) condição(ões):

(  ) tenho 60 anos ou mais

(  ) tenho doença respiratória (asma moderada ou grave, bronquite, doença pulmonar obstrutiva crônica  – DPOC)

(  ) tenho diabetes

(  ) tenho hipertensão

(  ) tenho cardiopatia

(  ) tenho doença neurológica

(  ) tenho deficiência imunológica

(  ) estou obeso/a

(  ) estou gestante

(  ) estou no puerpério (período de 45 a 60 dias após o parto)

(  ) outra(s) condição(ões): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ de 2021

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome:

CPF: