

Ministério da Educação

Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco

**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 2020

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

Nome:

CPF: