

**ANEXO III****AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE (SINAIS OU SINTOMAS GRIPAIS)**

Eu, _____, SIAPE nº _____, RG nº _____, CPF nº _____, declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Instrução Normativa nº 90, de 28 de setembro de 2021, e conforme as orientações da Resolução nº 15, § 1º item II do CONSUNI da UFRJ, de 28 de outubro de 2021, e que em razão de apresentar sinais e sintomas de gripe/resfriado: () febre, () calafrios, () dores musculares, () dores nas articulações, () tosse - com catarro, seca, forte ou leve, () congestão, () coriza, () espirros, () falta de ar, () dores de cabeça, () fadiga, () dor ou irritação de garganta, ou outros () _____, devo ser submetido ao distanciamento interpessoal, por meio de Trabalho Remoto, com data de início _____, estritamente pelo tempo em que perdurarem os sintomas, estando ciente de que devo procurar atendimento médico ou por telefone, consoante canal disponibilizado pelo Ministério da Saúde ou pelos demais entes federativos.

Declaro, ainda, pelas mesmas razões, que não exercerei nenhuma outra atividade remunerada em caráter presencial durante esse período.

Declaro que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em Lei.

_____, ____ de _____ de _____.

Local e data

Assinatura