

AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE DISCENTE

DADOS DO ESTUDANTE

Nome completo: _____

Nome social: _____

Curso: _____ N° de matrícula _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Este formulário é destinado aos alunos que apresentam condições ou fatores de risco à COVID-19 que os impeçam a retornar as atividades presenciais.

Por favor, marcar dentre as alternativas a seguir a condição ou fator de risco que você se enquadra.

- idade igual ou superior a 60 anos;
- tabagismo;
- obesidade;
- miocardiopatias de diferentes etiologias (insuficiência cardíaca, miocardiopatia isquêmica etc.);
- hipertensão arterial;
- doença cerebrovascular;
- pneumopatias graves ou descompensadas (asma moderada/grave, DPOC);
- imunodepressão e imunossupressão;
- doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5);
- diabetes melito, conforme juízo clínico;

- () doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica;
- () neoplasia maligna (exceto câncer não melanótico de pele);
- () cirrose hepática;
- () doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme e talassemia); e
- () gestação.

DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL (caso o estudante seja menor de 18 anos)

Nome completo:

Grau de parentesco:

RG ou CPF:

CONTATOS

Celular/WhatsApp do(a) estudante:

Celular/WhatsApp do(a) responsável legal (caso houver):

DECLARO estar ciente das orientações contidas no Ofício Conjunto Circular nº 1/2022 PROEN/REITORIA.

DECLARO estar ciente da organização curricular e do planejamento estabelecido pelo meu campus de vínculo, conforme as estratégias apresentadas tanto para as disciplinas que estou cursando como também para aquelas que serão ofertadas durante o período pandêmico.

DECLARO dar aceite à forma de ensino estabelecida pelo meu campus de vínculo, de acordo com a matrícula ofertada no corrente semestre letivo.

_____ - CE, _____ de _____ de 2022.