

DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA DE RETOMADA DAS ATIVIDADES ACADÊMICAS PRESENCIAIS EM CONFORMIDADE COM A PORTARIA MEC Nº 1.038, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2020 e PARECER TÉCNICO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA - N.º 65/2021.

Eu, _____,
CPF _____, aluno regularmente matriculado sob o número _____, ____ período, do curso de _____, câmpus de DIVINÓPOLIS, da Universidade José do Rosário Vellano, **livre de qualquer coação e induzimento declaro e expresso voluntariamente meu desejo em retomar as atividades acadêmicas presenciais do curso de _____, a partir de 09 de agosto, conforme cronograma do curso**, com objetivo de integralização de minha carga horária para reposição de conteúdo dos semestres anteriores (se houver) e/ou para atividades previstas no período o qual estou matriculado.

DECLARO também, que **tenho conhecimento**:

- a) da Resolução CONSUNI n.º 01 de 21 de dezembro de 2020 que homologa a Portaria n.º 63 de 16 de março de 2020 e aprova o Plano Operacional Institucional (POI-UNIFENAS) face à pandemia do novo coronavírus – COVID-19 e dá outras providências.
- b) da Portaria MEC n.º 1.038 de 07 de dezembro de 2020 que altera a Portaria MEC n.º 544, de 16 de junho de 2020, que dispõe sobre a substituição das aulas presenciais por aulas em meio digitais, enquanto durar a situação de pandemia do novo coronavírus - Covid-19, e a Portaria MEC n.º 1.030, de 1º de dezembro de 2020, que dispõe sobre o retorno às aulas presenciais e sobre caráter excepcional de utilização de recursos educacionais digitais para integralização da carga horária das atividades pedagógicas, enquanto durar a situação de pandemia do novo coronavírus - Covid-19.
- c) Do parecer técnico da Vigilância Sanitária municipal n.º 65/2021 que considera a Instituição como APTA para o retorno das ATIVIDADES TEÓRICAS PRESENCIAIS de acordo com as normas de distanciamento social, em regime especial de prevenção à COVID-19.

DECLARO também, que:

- a) Sou responsável pela manutenção de minha saúde, e
 - a. () POSSUO apólice vigente de seguro de saúde e serei responsável pela minha proteção de saúde e tenho conhecimento dos cuidados preventivos que deverei tomar durante o período de retomada das atividades presenciais, tanto interna quanto externamente.
 - b. () NÃO POSSUO apólice vigente de seguro de saúde e se necessário for buscarei atendimento médico particular e serei responsável pela minha proteção de saúde e tenho conhecimento dos cuidados preventivos que deverei tomar durante o período de retomada das atividades presenciais, tanto interna quanto externamente.
- b) Declaro não pertencer à grupos de risco ou vulneráveis ao coronavírus, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e assim descrito: *peçoas acima de 60 anos e peçoas de qualquer idade que tenham comorbidades, como cardiopatia, diabetes, pneumopatia, doença neurológica ou renal, imunodepressão, obesidade, asma e puérperas, dentre outras.*
- c) Isento a Fundação de Ensino e Tecnologia de Alfenas (FETA), a Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), o Hospital Universitário Alzira Velano (HUAV), ambulatórios e demais locais de realização das atividades presenciais que frequentarei durante a retomada de qualquer responsabilidade sob minha eventual contaminação, por compreender e ter absoluta ciência de todos os riscos envolvidos, sendo expresso o meu desejo voluntário na retomada das atividades presenciais, bem como livre de qualquer induzimento e coação, conforme requerimento individual contendo meu desejo e solicitação.
- d) A inexistência dos equipamentos de proteção individual por escassez no mercado e/ou não razoabilidade para aquisição e/ou falta de segurança nos locais interromperá as atividades presenciais previstas;
- e) Autorizo a Universidade José do Rosário Vellano, considerando as normativas legais e o cenário epidemiológico dinâmico, a interromper a qualquer momento as atividades presenciais, e adicionalmente tenho conhecimento que eventual interrupção poderá gerar prejuízos na temporalidade de minha conclusão do período e/ou curso, como atrasos e extensão dos semestres letivos e conseqüentemente do curso.
- f) Sou responsável pela veracidade das informações aqui prestadas e tenho conhecimento que mentir ou omitir declarações estarei sujeito às penalidades do art. 299 do Código Penal e Regimento Geral da UNIFENAS.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura

Nome do aluno(a) por extenso

CIÊNCIA DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS LEGAIS:

ASSINATURA: _____

NOME DO PAI: _____

CPF: _____

ASSINATURA: _____

NOME DA MÃE: _____

CPF: _____