**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da carteira de identidade RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) à (Rua/Av/Sítio/Logradouro): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **MAIOR de 18 anos**, matrícula nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, do Curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba – IFPB, *Campus* Cajazeiras, comunico que irei participar do momento de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no *Campus IFPB*** localizado na Rua José Antônio da Silva, 300, Jardim Oásis, Cajazeiras-PB, da supracitada instituição de ensino que ocorrerá no dia \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_, das \_\_\_\_\_h até às \_\_\_\_\_\_\_h.

Tendo sido devidamente orientado (a) sobre todos os riscos que essa atividade envolve, também acerca dos cuidados a serem observados, **DECLARO** estar ciente dos possíveis riscos inerentes às atividades a serem desenvolvidas, **ISENTANDO** o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia – IFPB, bem como os responsáveis por essa atividade, de qualquer responsabilidade, civil ou criminal. Adicionalmente, **DECLARO** ter sido informado de que a participação da atividade no Campus é de **caráter facultativo** e que os cuidados necessários relativos ao deslocamento para o Campus e o seu retorno para a residência são de minha inteira responsabilidade. **DECLARO** estar consciente e devidamente orientado a respeito dos riscos de contaminação advindo da pandemia de Covid-19. **DECLARO**, ainda, que não apresentei ou apresento, nos últimos 14 dias, nenhum sintoma de contaminação, tais como febre, tosse, dor de garganta, coriza e falta de ar ou outros sintomas como dores musculares, cansaço ou fadiga, congestão nasal, perda do olfato ou paladar e diarreia. **POR FIM**, afirmo que caso haja contaminação minha ou de algum membro de meu grupo familiar informarei à instituição imediatamente que **NÃO** poderei participar do evento preservando a minha saúde e a dos demais.

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Contato telefônico |