



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS PRINCESA ISABEL

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO (DISCENTES)

Eu, _____, RG nº _____,
CPF nº _____, matrícula nº _____, curso
_____, Ano/Período: _____, telefone de contato atualizado
_____ **declaro** estar ciente das orientações aos estudantes dispostas no
Protocolo de Biossegurança do IFPB e da necessidade de observar as medidas de segurança adotadas pelo
Campus Princesa Isabel no retorno gradual das atividades acadêmicas presenciais.

Declaro que completei o ciclo vacinal de imunização contra a COVID-19, já transcorridos mais de trinta dias desta completa imunização e considerando-me apto ao retorno às atividades presenciais, por isso manifesto meu consentimento em participar das atividades escolares presenciais.

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

Princesa Isabel, _____ de _____ de 2022.

Assinatura do discente (maior de idade)

Atenção: Anexar comprovante de vacinação.