**Autodeclaração de Saúde**

Empregado(a) *(Nome e Matrícula)*

Eu........, RG nº.................CPF nº................, Matrícula nº....

DECLARO para todos os fins específicos da Circular 2020/010 que me enquadro no Grupo de Risco: pessoas de idade superior a 60 (sessenta) anos de idade, às gestantes, lactantes, bem como aos que tenham realizado recentes intervenções cirúrgicas, estejam realizando tratamento de saúde que cause diminuição da imunidade, pessoas em tratamento de câncer, portadores de doenças cardiovasculares, transplantados, hipertensos, asmáticos, diabéticos, doenças pulmonares como enfisema pulmonar e bronquite crônica, independentemente da faixa etária.

DECLARO mais que estou ciente de que a prestação de declaração falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em lei e normativos internos.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Matrícula/Nome/assinatura do empregado |  |