|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| C:\Users\cassia.cerqueira\Downloads\E-mail_assinatura_digital.png | **DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E CIÊNCIA DE RISCO – DISCENTE** | | |
| Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro estar ciente dos termos contidos na Instrução Normativa Conjunta Nº 01/2020/Proad/Proplan para as Aulas de Campo e do Plano de Biossegurança da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB) diante da pandemia de Covid-19 e do PROTOCOLO DE VISITA TÉCNICA E ATIVIDADE DE CAMPO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 e demais documentos orientadores. Assumo o compromisso de cumprir suas disposições, apresentar conduta proativa de segurança, inclusive prestando informações adicionais sobre características pessoais, geradoras ou potencializadoras de risco, bem como outras informações relevantes à minha própria segurança e à de terceiros, conforme descrição abaixo.  Fica também firmado o compromisso quanto à postura disciplinar, seguindo as orientações do docente proponente da Aula de Campo, respeitando os roteiros e/ou atividades programadas, zelando pelos equipamentos da instituição, sempre utilizando os equipamentos de proteção individual e evitando atitudes ou condutas desrespeitosas às atividades. Além disso, declaro estar ciente de que não posso dirigir veículos da instituição ou de conveniados/contratados, exceto em casos excepcionais previstos na legislação, bem como tomar banho em corpos d’água de qualquer natureza sem a devida autorização do docente proponente. Declaro também não portar bebidas alcoólicas e nem utilizar substâncias entorpecentes ilícitas.  Também declaro que, em caso de ser maior de idade, sou responsável pelos meus atos e honrarei a juridicidade, isentando o(s) docente(s) de qualquer responsabilidade sobre minhas ações.  Declaro ainda estar ciente de que, caso necessite de eventual atendimento de urgência/emergência, esses procedimentos dependerão sempre das condições do local onde eu me encontrar.  Declaro que não apresento condição de saúde com risco aumentado para a Covid-19 associada à contraindicação médica para atividades presenciais. | | | |
| **PESSOA(S) PARA CONTATO NA CIDADE DE ORIGEM** | | | |
| Nome: | | | |
| Grau de parentesco: | | |  |
| Cidade: | | |  |
| **CARACTERÍSTICAS PESSOAIS, GERADORAS OU POTENCIALIZADORAS DE RISCO** | | | |
| Relacionadas à gravidez, alergias, limitações físicas ou incapacidades, indisposição a agentes físicos, biológicos ou químicos, bem como administração de medicamentos (nesse caso, anexar cópia do receituário médico): | | | |
| **OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES** | | | |
|  | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_ /\_\_\_ / 20\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Discente ou Responsável (se menor de idade) | |