**SOLICITAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES PRESENCIAIS DE PESQUISA DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**

Eu, Clique ou toque aqui para inserir o texto., Matrícula Clique ou toque aqui para inserir o texto., aluno(a) de Escolher um item. do Clique ou toque aqui para inserir o texto. da Clique ou toque aqui para inserir o texto., solicito autorização para trabalho presencial nas dependências do Clique ou toque aqui para inserir o texto., para realizar atividades de pesquisa sob a supervisão do orientador(a) Clique ou toque aqui para inserir o texto. durante o período de Pandemia da COVID-19, respeitando as normas de segurança e diretrizes estabelecidas pela UFPB e pelo Protocolo proteção contra a COVID-19 para o retorno das atividades presenciais de pesquisa nos laboratórios do PPGO. Declaro ainda que essa solicitação está sendo feita de forma totalmente **voluntária**.

João Pessoa,    de       de 20  .



**(NOME COMPLETO DO ALUNO)**



**(NOME COMPLETO E SIAPE DO ORIENTADOR RESPONSÁVEL)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A ser preenchido somente pela coordenação do laboratório/UFPB** | | Assinatura: |
| Autorizado por: | |  |
| Autorizado: Escolher um item. | Data:   /  /20 |

**TERMO ACERCA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO REQUISITANTE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Nome Completo:*** | | | | | |
| **SENTIU OU SENTE ALGUM(UNS) SINTOMA(S) RELATADOS ABAIXO?** | | | | | |
| Febre | Escolher um item. | | Dor de Garganta | Escolher um item. | |
| Tosse | Escolher um item. | | Dificuldade de Respirar | Escolher um item. | |
| Coriza | Escolher um item. | | Perda do paladar/olfato | Escolher um item. | |
| Diarreia | Escolher um item. | | Fraqueza | Escolher um item. | |
| Vômitos | Escolher um item. | | Dor de cabeça | Escolher um item. | |
| Mal estar | Escolher um item. | | Dores no corpo | Escolher um item. | |
| Em caso positivo, quando começaram os sintomas? | | | | | |
| **OUTROS SINTOMAS:** | | | | | |
|  | | | | | |
| **TEM COMORBIDADES PRÉVIAS? (SELECIONAR AS PERTINENTES)** | | | | | |
| Doença Cardiovascular | |  | Doença Neurológica Neuromuscular | |  |
| Hipertensão | |  | Doença Neurológica Crônica | |  |
| Diabetes | |  | Asma | |  |
| Imunodeficiência | |  | Doença Pulmonar Crônica | |  |
| Doença Renal | |  | Obesidade | |  |
| Doença Hepática | |  | Neoplasia | |  |
| **EXPOSIÇÃO** | | | | | |
| Teve contato próximo com pessoa que seja caso suspeito, provável ou conﬁrmado de ***COVID-19***? Sim  Não  Não Sabe , em caso positivo, quando foi? | | | | | |
| Já foi diagnosticado com COVID-19?  Sim  Não  Não Sabe , em caso positivo, quando foi? | | | | | |
| **INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES** | | | | | |
|  | | | | | |

Declaro que, caso venha a sentir, durante o período da realização das atividades presenciais, qualquer sintoma relativo à COVID-19, suspenderei, **imediatamente**, o acesso ao Laboratório Clique ou toque aqui para inserir o texto. vinculado ao PPGO e comunicarei a situação ao orientador(a) responsável para providências cabíveis.



**(NOME COMPLETO DO ALUNO)**