**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)**