**ANEXO I**

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

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(graduação/mestrado/doutorado),** do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(curso ou PPG, a que esteja vinculado),** da \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (**IES**), solicito autorização para trabalho presencial nas dependências da Pós-graduação em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos (PgPNSB), para realizar atividades de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sob a supervisão do orientador(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ durante o período de Pandemia do COVID-19, respeitando as normas de segurança e diretrizes estabelecidas pela UFPB e pelo Protocolo proteção contra o COVID-19 para o retorno das atividades presenciais de pesquisa na PgPNSB. 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 SERVIDOR RESPONSÁVEL)**

|  |  |
| --- | --- |
| **A ser preenchido somente pela Coordenação da PgPNSB** | Assinatura/data |
| Autorizado por: |  |
| Sim ( ) | Não ( ) |

**ANEXO II**

**TERMO A CERCA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO REQUISITANTE**

|  |
| --- |
| **Nome Completo:**  |
| **SENTIU OU SENTE ALGUM(UNS) SINTOMA(S) RELATADOS ABAIXO?** |
| Febre Sim ( ) Não ( )Tosse Sim ( ) Não ( )Coriza Sim ( ) Não ( )Diarreia Sim ( ) Não ( )Vômitos Sim ( ) Não ( )Mal estar Sim ( ) Não ( ) | Dor de Garganta Sim ( ) Não ( )Dificuldade de Respirar Sim ( ) Não ( )Irritabilidade Sim ( ) Não ( )Fraqueza Sim ( ) Não ( )Dor de Cabeça Sim ( ) Não ( )Dores no corpo Sim ( ) Não ( ) |
| Em caso positivo, quando começaram os sintomas?  |
| **OUTROS SINTOMAS:** |
|  |
| **TEM COMORBIDADES PRÉVIAS? (SELECIONAR AS PERTINENTES)** |
| Doença Cardiovascular ( )Hipertensão ( )Diabetes ( )Imunodeficiência ( )Doença Renal ( )Doença Hepática ( ) | Doença Neurológica Neuromuscular ( )Doença Neurológica Crônica ( )Asma ( )Doença Pulmonar Crônica ( )Obesidade ( )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 e comunicarei a situação ao orientador(a) responsável para providências cabíveis.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(NOME COMPLETO DO ALUNO)**