****

**Termo de Consentimento para a Realização de Atividades Presenciais no Campus Farroupilha**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do CPF número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matriculado(a) no curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

do Campus Farroupilha do IFRS, DECLARO de livre e espontânea vontade, que:

1. Tenho ciência de todos os problemas causados pela pandemia da Covid-19 e dos riscos em relação ao contágio do Coronavírus SARS-CoV2, bem como estou ciente de todas medidas adotadas pelo IFRS em relação à realização de atividades práticas presenciais dos componentes curriculares e, de livre e espontânea vontade, participarei das atividades de forma presencial, isentando o IFRS de quaisquer responsabilidades por fatos decorrentes da minha escolha.
2. Estou ciente sobre os protocolos de segurança necessários durante a pandemia da Covid-19.
3. Não apresentei, nos últimos 14 (quatorze) dias nenhum dos sintomas de contaminação, tais como febre ou tosse, nem tive diagnóstico de Covid-19.
4. Informarei a instituição de ensino, caso apresente quaisquer dos sintomas causados pela infecção do Coronavírus SARS-CoV2.
5. Estou ciente de que necessito usar constantemente a máscara de proteção, assim como realizar a correta higienização das mãos por meio de lavagens com água e sabão e por uso do álcool em gel, bem como RESPEITAR TODAS AS DIRETRIZES previstas no Plano de Contingência para Prevenção, Monitoramento e Controle da Covid-19 do IFRS, disponível em <https://ifrs.edu.br/ifrs-lanca-o-plano-de-contingencia-para-prevencao-monitoramento-e-controle-da-covid-19/>

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Estudante