

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE COVID-19

Eu, _____, com registro de CPF nº. _____, inscrito no Processo Seletivo de Transferência Externa de Medicina – Edital nº 02 e 03/2021, declaro sob minha responsabilidade para os devidos fins e a quem possa interessar que:

- a) Não apresentei qualquer um dos sintomas: febre, tosse, falta de ar, dor de garganta, diarreia, anosmia ou hiposmia e mialgia, até no mínimo 7 (sete) dias que antecederam a data da prova.
- b) Não testei RT-PCR POSITIVO até no mínimo 14 dias que antecederam a data da prova.
- c) Não tive contato com pessoa que testou positivo para Covid-19, até no mínimo 7 (sete) dias que antecederam a data da prova.
- d) Não resido com pessoa (residente na mesma casa, alojamento), que tenha testado positivo para RT-PCR ou teste rápido/sorológico, até no mínimo 10 (dez) dias que antecederam a data da prova.
- e) Não resido com pessoa sintomática e não testada.

Por ser verdade firmo o presente,

Assinatura