**TERMO DE RESPONSABILIDADE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO OU NÃO OBRIGATÓRIO DURANTE A SUSPENSÃO DAS ATIVIDADES PRESENCIAIS.**

Eu <**NOME COMPLETO DO(A) ESTAGIÁRIO(A)**>, residente e domiciliado na <**RUA E NÚMERO**>, bairro <**BAIRRO**> CEP <**CEP**>, portador da cédula de identidade RG nº <**NÚMERO DO RG**>, e do CPF <**NÚMERO DO CPF**>, estudante regularmente matriculado no curso de <**NOME DO CURSO**>, sob o número da matrícula <**NÚMERO DA MATRÍCULA**>, DECLARO, para os devidos fins de direito, que fui orientado pelo IFMS e estou ciente da situação epidemiológica de pandemia da COVID-19 (coronavírus), mesmo ciente acerca do alto grau de transmissibilidade que é acentuada pelo contato e aglomeração em locais fechados decidi realizar o estágio de forma presencial, assumindo a responsabilidade por adotar cuidados recomendados pelos órgãos de saúde, no que diz respeito aos riscos causados pela pandemia de COVID-19, assim isentando o Instituto Federal de Mato Grosso do Sul (IFMS) e/ou seus representantes legais de quaisquer responsabilidades.

Informo que gozo de boa saúde e não possuo qualquer sintoma relacionado ao COVID-19 (coronavírus) encontrando-me em perfeitas condições de executar meu estágio. Comprometo-me, em caso de aparecimento de sintomas, que comunicarei o supervisor/orientador do estágio e não irei comparecer ao local de estágio pelo período 14 dias.

**( ) Estudante do grupo de risco** - Declaro que apesar de ser do grupo de risco da Covid-19 desejo realizar o estágio de forma presencial, isentando o Instituto Federal de Mato Grosso do Sul (IFMS) e/ou seus representantes legais de quaisquer responsabilidades.

Cidade, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome do Estagiário | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Responsável Legal (assinar quando menor de idade) |