

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

INSTITUTO BIOMÉDICO - CMB

DIREÇÃO DO INSTITUTO BIOMÉDICO - CMB

R. Prof. Hernani Melo, 101 - São Domingos - 24.210-130 - Niterói - RJ

Tel.: (21) 2629-2545 – cmb@id.uff.br

**ANEXO III**

**Instrução Normativa PROGEPE nº 15, de 14 de outubro de 2021.**

**AUTODECLARAÇÃO PARA RETORNO AO TRABALHO**

 Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Instrução Normativa nº 90, de 28 de setembro de 2021, que completei o ciclo vacinal de imunização contra a COVID-19, já transcorridos mais de trinta dias desta completa imunização. Declaro ainda que me enquadro nas hipóteses previstas nas alíneas “a” a “o”, desta Instrução Normativa nº 015/21, mas minha(s) comorbidade(s) apresenta(m)-se controlada(s) e estável(is), podendo retornar ao trabalho presencial. Declaro, por fim, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais, cíveis e administrativas previstas em Lei.

Niterói, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

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

Assinatura