

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 II**

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

**AUTODECLARAÇÃO DE FILHO(S) OU MENOR SOB GUARDA EM IDADE ESCOLAR**

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 tenho filho(s) ou menor(es) sob guarda em idade escolar ou inferior que necessita(m) da minha assistência, portanto, necessito ser submetido a trabalho remoto com data de início \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e enquanto vigorar a norma local, conforme o ato normativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que suspendeu as atividades escolares ou em creche, por motivos de força maior relacionadas ao Coronavírus.

Declaro, ainda, pelas mesmas razões, que não exercerei nenhuma outra atividade remunerada em caráter presencial durante esse período e que não possuo cônjuge, companheiro ou outro familiar adulto que comigo resida apto a prestar assistência ao (s) meu(s) filho(s) em idade escolar. 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/padrasto/madrasta ou responsável pela guarda

**Informações adicionais**

**Dados cônjuge.**

Nome Completo:

Servidor Público ou Empregado Público Federal: ( ) Sim ( ) Não

**Dados dos filhos (deve ser preenchido para cada filho, ou por cada menor sob guarda)**

Nome Completo:

Idade:

Escola: ( ) Pública ( )Privada

UF da Escola:

Cidade da Escola: