

**DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA DE NÃO RETOMADA DAS
ATIVIDADES ACADÊMICAS PRESENCIAIS EM CONFORMIDADE
COM A PORTARIA MEC Nº 1.038, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2020 e
PARECER TÉCNICO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA - N.º 65/2021,
POR PERTENCER À GRUPO DE RISCO/VULNERÁVEL À COVID-19**

Eu, _____,
CPF _____ aluno regularmente matriculado sob o
número _____, _____ período, do curso de
_____, câmpus de DIVINÓPOLIS, da Universidade José do
Rosário Vellano, **livre de qualquer coação e induzimento declaro e
expresso voluntariamente meu desejo em NÃO retomar as atividades
acadêmicas presenciais do curso de _____, a partir de
09 de agosto de 2021, conforme cronograma do curso por pertencer à
grupo de risco/vulnerável à COVID-19.** Tenho conhecimento de que estarei
em Regime Especial de estudos conforme normas do CONSUNI e Regimento
Geral da UNIFENAS, com vistas à integralização de minha carga horária para
conclusão do período o qual estou matriculado.

DECLARO também, que **tenho conhecimento:**

- a) da Resolução CONSUNI n.º 01 de 21 de dezembro de 2020 que homologa a Portaria n.º 63 de 16 de março de 2020 e aprova o Plano Operacional Institucional (POI-UNIFENAS) face à pandemia do novo coronavírus – COVID-19 e dá outras providências.
- b) da Portaria MEC n.º 1.038 de 07 de dezembro de 2020 que altera a Portaria MEC n.º 544, de 16 de junho de 2020, que dispõe sobre a substituição das aulas presenciais por aulas em meio digitais, enquanto durar a situação de pandemia do novo coronavírus - Covid-19, e a Portaria MEC n.º 1.030, de 1º de dezembro de 2020, que dispõe sobre o retorno às aulas presenciais e sobre caráter excepcional de utilização de recursos educacionais digitais para integralização da carga horária das atividades pedagógicas, enquanto durar a situação de pandemia do novo coronavírus - Covid-19.
- c) Do parecer técnico da Vigilância Sanitária municipal n.º 65/2021 que considera a Instituição como APTA para o retorno das ATIVIDADES TEÓRICAS PRESENCIAIS de acordo com as normas de distanciamento social, em regime especial de prevenção à COVID-19.

DECLARO também, que:

- a) Declaro pertencer à grupos de risco ou vulneráveis ao coronavírus, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e assim descrito: *peçoas acima de 60 anos e peçoas de qualquer idade que tenham comorbidades, como cardiopatia, diabetes, pneumopatia, doença neurológica ou renal, imunodepressão, obesidade, asma e puérperas, dentre outras.*
- b) Aceito que durante o meu período de afastamento e não retomada estarei enquadrado no regime especial de estudos disciplinado pelo Regimento Geral da UNIFENAS e Decreto-Lei n.º 1.044, de 21 de outubro de 1969.
- c) Sou responsável pela veracidade das informações aqui prestadas e tenho conhecimento que mentir ou omitir declarações estarei sujeito às penalidades do art. 299 do Código Penal e Regimento Geral da UNIFENAS.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura

Nome do aluno(a) por extenso

CIÊNCIA DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS LEGAIS:

ASSINATURA: _____

NOME DO PAI: _____

CPF: _____

ASSINATURA: _____

NOME DA MÃE: _____

CPF: _____