



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM _____
CAMPUS UNIVERSITÁRIO REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE
CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE: (48) 3721-_____
E-MAIL: _____@contato.ufsc.br

DECLARAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTÁGIO

Eu, _____, CPF _____
estudante regularmente matriculado no curso de graduação em _____
do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número
_____, declaro que:

1. Estou ciente e fui esclarecido a respeito do Plano de Atividades de Estágio / Plano de Ensino da disciplina / módulo _____, elaborado de forma adaptada em caráter excepcional, devido à emergência de saúde pública COVID-19.
2. Estou de acordo com as medidas de adaptação para enfrentamento à pandemia COVID-19 expostas no Plano mencionado, bem como com as demais normas de caráter acadêmico contidas no Plano.
3. Caso eu venha a apresentar algum sintoma de síndrome gripal ou respiratória (febre, tosse, dor de garganta, coriza, falta de ar) ou qualquer outro sintoma agudo, não comparecerei às atividades de estágio, procurarei orientação/atendimento médico e entrarei em contato por telefone ou meio eletrônico com o professor responsável pelo estágio.
4. É minha decisão livre participar das atividades de estágio de acordo com o Plano mencionado

Florianópolis, ____ de _____ de 2021

Estudante:
Número de Matrícula: