**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PANDEMIA COVID-19**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fui devidamente esclarecido(a) de que, durante a pandemia da Covid-19, por fazer parte de grupo de risco (cuidado ou coabitação suspeita/confirmação COVID – 19, OU sessenta anos ou mais, OU imunodeficiente, doenças crônicas ou graves preexistentes, OU gestante ou lactante, OU coabitação com pessoas do grupo de risco) devo realizar minhas atividades de trabalho de forma remota. Ainda, no caso de minhas atribuições não poderem ser realizadas em meu domicílio, fui orientado(a) a informar que estou impossibilitado(a) de realizar minhas atividades. Entretanto, mesmo tendo conhecimento do direito que me assiste, permaneço realizando minhas atividades de forma presencial ou presencial esporádica, pois considero que minha presença na Instituição é necessária.