MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

 PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS

# PROGRAMA DE AUXILIO MORADIA ESTUDANTIL

**TERMO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE RETORNO, CIÊNCIA DAS MEDIDAS DE CONTINGÊNCIA, COMPROMISSO COM OS**

# PROTOCOLOS SANITÁRIOS E CORRESPONSABILIDADE

Eu,

 matrícula , CPF: , RG: estudante da Universidade Federal de Santa Maria, do Curso de

 , do campus:

( ) Santa Maria; ( ) Cachoeira do Sul; ( ) Frederico Westphalen; ( ) Palmeira da Missões; com Beneficio Socioeconomico ativo, solicito retorno do município de estado: , com previsão de chegada em / / ou / / , por motivo de:

[apontar duas possíveis datas para retorno]

( ) aula/atividade prática da(s) disciplina(s):

[Depende de aprovação do Plano de Retorno pela Comissão Setorial de Biossegurança da Unidade/Campus.]

( ) realização de estágio curricular obrigatório - \_

[cód./nome disciplina]

Sob orientação do Professor(a) ;

Declaro que estou ciente das orientações constantes Manual de Biossegurança da UFSM, disponível em <https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/820/2021/09/Manual-de-Biosseguranca-5ed-2.pdf>. Reconheço que sou corresponsável por minha saúde e bem-estar individual e do coletivo, comprometendo-me a continuar seguindo as medidas de distanciamento social, que constam nos Protocolos Sanitários do Município sede do meu curso e do Estado do Rio Grande do Sul. Entendo os riscos à minha saúde a que me submeterei ao retornar para a atividade supramencionada.

Em caso de suspeita de contaminação por Sars-CoV-2, urgência ou emergência em saúde, comprometo-me a procurar o serviço de referência mais próximo e informar o NAE-FW, NAP-CS, NAP-PM ou Equipe Saúde da Casa.

Folha 2 do “Termo de solicitação de autorização de retorno, ciência das medidas de contingência, compromisso com os

protocolos sanitários e corresponsabilidade”

Nesses casos, também, autorizo a Equipe de Acompanhamento do Programa de Moradia Estudantil a entrar em contato com (se possível indicar mais de 1 contato):

Nome: Relação com o estudante/parentesco: Telefone:( ) E-mail: Endereço:



 , / /2021.

(local e data)



Assinatura do(a) morador(a)



Confirmo o desenvolvimento das atividades acadêmicas acima.



Prof.(ª) Orientador(a)



Os ganhos pedagógicos justificam os riscos sanitários e epidemiológicos assumidos pelo(a) estudante.



Coordenador(a) do Curso



Ciente. Plano de Estudo aprovado pelo Colegiado Departamental [estágios e atividades práticas].



Chefe do Departamento



Plano de Retorno aprovado pela Comissão de Biossegurança da Unidade [apenas para atividades práticas].



Diretor(a) da Unidade/Campus



Após análise e corresponsabilização do estudante, orientador(a), Curso, Departamento e Unidade de Ensino, por meio de seus Colegiados, retorno autorizado para / / , turno: .



 Equipe do Programa Auxílio Moradia