

TERMO INDIVIDUAL DE CONSENTIMENTO

PORTARIA N.º 09/2020_ DIR_ENS , ESTABELECE O RETORNO AS ATIVIDADES DE AULAS PRÁTICAS CONFORME AUTORIZADO EM PARECER FAVORÁVEL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE - SMSA/EXTER N.º 0378/2020.

DECLARANTE:

NOME: _____

CURSO DE MEDICINA

PERÍODO: _____

MATRÍCULA: _____

FUNDAMENTAÇÃO:

Art. 6º O acadêmico que, voluntariamente, optar por retornar às atividades ou práticas laboratoriais presenciais internas ou externas das atividades curriculares do curso de Medicina , deverá fazê-lo mediante assinatura de termo individual de consentimento livre e informado, manifestando ciência de sua responsabilidade quanto aos aspectos preventivos da COVID-19.

DECLARAÇÃO:

- Declaro concordar com o retorno das atividades práticas laboratoriais internas ou externas das atividades curriculares do curso.
- Seguir as orientações das autoridades de saúde para prevenção e atuação ante a Pandemia de COVID-19.
- Responsabilizar-me pelos riscos advindos das atividades práticas laboratoriais internas ou externas em ambientes com risco de contaminantes, precavendo-me com todas as medidas mitigadoras.
- Utilizar todos os equipamentos de segurança EPI e as práticas de sanitização para prevenção de risco.
- Em qualquer caso de suspeita de contaminação devo afastar-me imediatamente das atividades e requerer a FAMINAS(BH) por protocolo através do Portal Educacional o “Regime de Especial de Estudo”.
- Transitar-me somente nos ambientes e locais devidamente autorizados pela autoridade competente da área.

CONCORDANCIA

Com as observações acima, e ciente dos riscos e das medidas preventivas, requeiro a homologação de meu aceite ao retorno das práticas laboratoriais internas ou externas educacionais da FAMINAS(BH), apondo minha concordância, deste, pelo portal do aluno, a qual acesso com meu usuário e senha privativo.

Belo Horizonte, ____de Setembro de 2020.

Assinatura do Aluno