**DECLARAÇÃO
Extensão de 3 (três) dias de afastamento
COVID-19 / Síndrome Gripal**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ , aluno(a) do curso de ( ) Bacharelado em Enfermagem / ( ) Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem, nº USP \_\_\_\_\_\_ , nos termos do Comunicado à Comunidade da USP - 01/02/2022, declaro que, após o afastamento de 7 (sete) dias, iniciado em \_\_ /\_\_ /2022, continuo apresentando os sintomas abaixo (indicar ao menos dois sintomas), sendo necessário o afastamento por mais 3 (três) dias, totalizando 10 (dez) dias de afastamento:

( ) Tosse seca ou com catarro

( ) Dores pelo corpo

( ) Dor de garganta

( ) Dor de cabeça

( ) Nariz entupido ou escorrendo

( ) Diarreia ou náuseas ou vômitos

( ) Calafrios, ou temperatura superior a 37,7oC

( ) Dificuldade para respirar

( ) Perda de olfato ou paladar.

Tenho ciência também de que, terminado o período de afastamento, caso haja a persistência ou recorrência dos sinais/sintomas, deverei consultar o serviço de saúde para a avaliação clínica.

Declaro ainda, sob pena de responsabilidade, que as informações aqui prestadas são verdadeiras.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) aluno(a)