**DECLARAÇÃO  
Afastamento de 7 (sete) dias** **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 me enquadro na(s) situação(ões) abaixo:

* ( ) Teste positivo para COVID-19 (anexar comprovante)

OU

* Apresento os seguintes sintomas (indicar ao menos dois sintomas):

( ) 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.

Declaro que estou ciente de que o afastamento das atividades presenciais concedido é de 7 (sete) dias consecutivos, a contar do dia seguinte ao do início dos sintomas ou, se assintomático, da coleta do teste por método molecular (RT-PCR ou RT-LAMP) ou do teste de antígeno.

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

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

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

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

Assinatura do(a) aluno(a)