

AUTODECLARAÇÃO DE CASO DETECTÁVEL PARA COVID-19/SINTOMAS GRIPAIS  
ESTAGIÁRIO

EXAME COVID DETECTÁVEL

SINTOMAS GRIPAIS

Eu, \_\_\_\_\_, SIAPE \_\_\_\_\_,  
CPF nº \_\_\_\_\_, declaro para fins específicos de ausência justificada, que devo ser  
submetido a afastamento pelo período de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ conforme contido em meu  
atestado médico, em razão de apresentar sintomas gripais ou exame detectável para covid-19, com  
data de início \_\_\_\_\_, estando ciente que devo retornar às atividades presenciais após o  
referido período constante nesta declaração. Declaro, por fim, que estou ciente de que a prestação  
de informação falsa me sujeitará às sanções penais, cíveis e administrativas previstas em Lei.

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura \_\_\_\_\_

ESSA DECLARAÇÃO DEVERÁ SER ANEXADA AO ESPELHO DO SISTEMA DE  
REGISTRO E CONTROLE DE FREQUÊNCIA (SIGPONTO), NA OCORRÊNCIA – AUSÊNCIA  
JUSTIFICADA POR DECISÃO ADMINISTRATIVA (DIA)

