

Termo de Responsabilidade para utilizar as dependências da APCEF/RS

Eu, _____, RG _____ declaro
que :

- () Não estou apresentando quadro gripal
- () Não apresentei quadro gripal nos últimos 7 dias
- () Não tenho ou tive febre nos últimos 7 dias
- () Não tenho teste positivo para COVID-19 nos últimos 10 dias
- () Não tive contato com ninguém com diagnóstico de COVID-19 nos últimos 7 dias

Comprometo-me a usar máscara enquanto estiver nas dependências da APCEF, bem como higienizar as mãos frequentemente com água e sabão e/ou álcool gel.

Data:

Assinatura