**AUTODECLARAÇÃO DE CONTATO PRÓXIMO DE CASO CONFIRMADO DE COVID-19**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que tive contato com caso confirmado de Covid-19 no dia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (data do primeiro contato) conforme itens assinalados abaixo, me enquadrando, portanto, como um contato próximo de caso confirmado:

( ) estive a menos de um metro de distância, por um período mínimo de 15 minutos;

( ) tive contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos) com um caso suspeito ou confirmado;

( ) sou profissional de saúde que prestou assistência em saúde ao caso de Covid-19 sem utilizar equipamentos de proteção individual (EPI), conforme preconizado, ou com EPIs danificados;

( ) tive contato domiciliar com residentes na mesma casa/ambiente (dormitórios, creche, alojamento, dentre outros).

Declaro, por fim, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em Lei.

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

Local e data

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

Assinatura