**TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) regularmente matriculado(a) no curso de graduação de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), sob número de matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito voluntariamente ao Colegiado do Curso de Medicina, o retorno de minhas atividades práticas presenciais essenciais, na seguinte disciplina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro estar ciente de que devo usar os equipamentos de proteção individual (EPIs) durante as atividades presenciais e atender as orientações da instituição/UBS onde atuarei, em especial no que se refere às normas de segurança estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Afirmo ter conhecimento dos riscos inerentes às práticas dos cuidados em saúde em cenário de pandemia e que a COVID-19 é uma doença infecciosa que pode, em alguns indivíduos, possuir evolução grave com risco de óbito.

Tenho ciência de que, diante das constantes mudanças nos ambientes de saúde para atendimento da COVID-19, pode haver alterações imprevistas na oferta de conteúdos e das atividades práticas da minha disciplina, assim como, a possibilidade de interrupção da mesma por período indeterminado.

Declaro que a decisão de retomada das atividades práticas presenciais essenciais na disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com início em \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021, foi tomada por mim em caráter pessoal, livre e voluntário, e estou ciente de que teria a possibilidade de realizá-las futuramente, após a retomada do calendário acadêmico presencial da UFOP.

Ouro Preto, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

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

Assinatura do estudante