

## TERMO DE CIÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_ declaro para os devidos fins, que estou participando de processo seletivo realizado pela Associação Saúde da Família para trabalhar na função de \_\_\_\_\_ e, sendo aprovado, estou ciente que pelas atividades realizadas nas unidades de saúde, o contato direto com pacientes suspeitos ou testados positivos para o covid –19 (coronavírus), poderá ocorrer.

Tenho ciência das pessoas que fazem parte do grupo considerado de risco definido pela Organização Mundial da Saúde e Secretária Municipal de Saúde, e que por determinações legais, tais pessoas devem ser afastadas compulsoriamente de suas funções, devendo permanecer em quarentena (isolamento social). Portanto declaro:

( ) **Sim**, faço parte grupo de risco.

( ) **Não** faço parte no grupo de risco.

Caso eu não informe durante a minha contratação que pertenço ao grupo de risco citado acima, estou ciente que meu contrato de trabalho será rescindido, por não estar em condições de desempenhar minhas atribuições e funções para as quais fui contratado (a).

Importante: tenho ciência que, caso não possa aceitar a vaga pelas razões acima, permaneço na lista de remanescente, ocupando a mesma ordem de classificação, enquanto aguardo nova oportunidade.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato