**ANEXO IX**

**AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE (SINAIS OU SINTOMAS GRIPAIS)**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Mat. SIAPE nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Instrução Normativa nº 04, de 07 de maio de 2021, que devo ser submetido a isolamento em razão de apresentar sinais ou sintomas gripais, com data de início \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estritamente pelo tempo em que perdurarem os sintomas, estando o ciente de que devo procurar atendimento médico ou por telefone, consoante canal disponibilizado pelo Ministério da Saúde ou pelos demais entes federativos. Declaro, mais, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em Lei.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Local), \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

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

Assinatura do(a) Servidor(a)