

Declaração -Combate ao COVID-19

Atestamos, para os devidos fins, que o (a) estudante _____, CPF _____, RG _____, do curso _____ está vinculado neste Órgão(informar o nome/razão social), e **em razão de participar nas ações presentes, tem** a necessidade de deslocamento constante para auxiliar ao combate à pandemia.

Segue abaixo os dias e horários de frequência:

Dias da Semana	Horário	Carga horaria	Local
Segunda-feira			
Terça-feira			
Quarta-feira			
Quinta-feira			
Sexta-feira			
Sábado			
Domingo			

Declaro estar ciente sobre a inteira responsabilidade pelas informações contidas neste instrumento e que a omissão ou a apresentação de informações falsas ou divergentes implicam no cancelamento do benefício do Passe Escolar (meia tarifa ou passe livre) para o (a) estudante acima identificado (a), além das medidas judiciais cabíveis.

Estou ciente também de que devo informar à EMTU, por escrito, qualquer alteração da situação acima.

[Local e data]

Assinatura do Responsável do
Órgão da Saúde:

(apresentar carimbo do órgão da saúde)

Nome do(a) Responsável: _____

CPF e RG do (a) Responsável: _____