

## DECLARAÇÃO DE GRUPO DE RISCO

À DIREÇÃO DA(S) UNIDADE(S):

.....

Eu, \_\_\_\_\_,

RG \_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_

Lotado na (s) unidade (s) citadas(s), exercendo a função de

....., venho declarar

para todos os fins que não me sinto seguro para o retorno das atividades

presenciais nas unidades acima declaradas, pois:

1. Estou no grupo de risco para a COVID-19, tendo as seguintes morbididades e/ou idade:

.....  
.....  
.....

2. Convivo com pessoas do grupo de risco para a COVID-19, sendo as seguintes situações familiares:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Assim, desejo continuar em trabalho remoto e/ou dispensado do trabalho presencial, como deliberado desde o mês de março de 2020, até enquanto durar a pandemia no Estado de São Paulo.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de outubro de 2020.  
(Local) (Dia)

\_\_\_\_\_  
Assinatura