**ANEXO IV**

**AUTODECLARAÇÃO DE CUIDADO E COABITAÇÃO COM IDOSOS OU PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E INTEGRANTES DO GRUPO DE RISCO PARA A COVID-19.**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Instrução Normativa nº109, de 29 de outubro de 2020, que em razão de ter sob meu cuidado e coabitação uma ou mais pessoas com suspeita ou confirmação de diagnóstico de infecção por COVID-19, idoso, pessoa com deficiência ou integrante do grupo de risco para a COVID-19, devo ser submetido a isolamento por meio trabalho remoto com data de início \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus. Declaro, mais, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais, cíveis e administrativas previstas em Lei.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

Local e data

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

Assinatura