

VACINAÇÃO COVID-19 – BOLSISTA/MONITOR DA EDUCAÇÃO

(NOME DO BOLSISTA)....., inscrito no CPF:,
na qualidade de bolsista do Programa e/ou Órgão de fomento.....,
vinculado ao Curso de, da Instituição de Ensino
Superior....., e ...(NOME DO PROFESSOR).....,
Professor lotado no Departamento/Setor/Unidade, DECLARAM que o
nominado bolsista exerce, sob supervisão do (a) docente, atividade presencial no setor/
laboratório, com carga horária semanal de horas, desempenhando as seguintes
ações:

apoio ao docente/ pesquisador no laboratório

auxílio em aulas

secretaria de curso

outras atividades vinculadas diretamente à prestação do serviço de educação:
Especificar.....

Declaramos ainda que as informações prestadas são verdadeiras, de nossa inteira responsabilidade e que estamos cientes do caso de declaração falsa, estaremos sujeitos às sanções previstas em lei, aplicando-se especialmente o disposto no parágrafo único ao art.10 do Decreto nº83.936/79, bem como nos arts. 171, 299 e 312 do Código Penal Brasileiro, entre outros.

Santa Maria,de..... de 2021.

ASSINATURA DO DISCENTE

ASSINATURA DO DOCENTE