UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

Instituto Biomédico

Coordenação do Curso de Biomedicina

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO SUPERVISOR DE ESTÁGIO**

**(Preceptor Científico)**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,matrícula\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_pesquisador do Laboratório de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, do(a) (Instituição)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tenho conhecimento das normas de Biossegurança, Protocolos Sanitários e declaro para os devidos fins, que estou ciente de minhas responsabilidades em providenciar treinamento no uso de equipamentos de proteção coletiva e individual ao **estudante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ em Estágio Curricular Obrigatório**, relacionados aos riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes.

Declaro ainda que o Laboratório acima citado dispõe de ações de prevenção e proteção à saúde capazes de mitigar a exposição ao SARS-CoV-2 (COVID 19) tais como orientação sobre higiene, uso de equipamentos de proteção coletiva e individual e conhecimento sobre as formas de transmissibilidade.

Caso o estudante, apresente alteração do estado de saúde própria ou de indivíduos que habitem o seu domicílio, este será orientado a procurar o serviço médico, avisar imediatamente ao Instituto de Saúde Coletiva, bem como a Unidade de Vigilância em Saúde do Hospital Universitário Gafree Guinle (HUGG), a Coordenação do Curso de Biomedicina e a Direção do Instituto Biomédico.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

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

*Assinatura do Supervisor*