

**AUTODECLARAÇÃO DE EXERCÍCIO DE TRABALHO EM ATIVIDADE
ESSENCIAL (VÁLIDA SOMENTE COM DOCUMENTO OFICIAL COM FOTO ou
IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL DO EMPREGADOR)**

NOME: _____

NOME DA MÃE: _____

RG: _____ CPF: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL¹/EMAIL/TELEFONE:

Declaro, sob minha responsabilidade:

- a) **Não ter testado positivo para a COVID-19 há menos de 21** (vinte e um) dias e **não possuir quaisquer dos seus sintomas** (febre, tosse, coriza, dor no corpo ou perda do olfato ou paladar);
- b) **Tenho conhecimento** das disposições do Decreto Estadual nº 800, de 31/05/2020, especialmente **quanto à proibição de circulação de pessoas**, exceto para: I. aquisição de gêneros alimentícios, medicamentos, produtos médico-hospitalares, produtos de limpeza e higiene pessoal; II. para o comparecimento, próprio ou de uma pessoa como acompanhante, a consultas ou realização de exames médico-hospitalares, nos casos de problemas de saúde; III para realização de operações de saque e depósito de numerário; ou IV para a realização de trabalho consideradas essenciais;
- c) **Tenho conhecimento das penalidades previstas no Decreto Estadual nº 800, de 31/05/2020** (advertência, multa e embargo de estabelecimentos) e eventual responsabilidade civil e criminal (arts. 268 e 330 do Código Penal) em caso de descumprimento das regras do Decreto;
- d) **Que me deslocarei para o desempenho da atividade essencial abaixo mencionada:**

TIPO DE ATIVIDADE ESSENCIAL²: _____

FUNÇÃO: _____

NOME DO ESTABELECIMENTO:

ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO³:

HORÁRIO DE TRABALHO: _____

DESLOCA-SE PARA ATIVIDADES EXTERNAS () SIM () NÃO SE SIM QUAL?

Em _____ de março de 2021.

Assinatura empregador : _____

¹ Logradouro/Número/Cidade/Bairro/CEP.

² Indicar o número do item previsto no Anexo I do Decreto Estadual nº 729, de 05/05/2020.

³ Logradouro/Número/Cidade/Bairro/CEP.

⁴ A assinatura deve ser igual a do documento oficial com foto.