



NOTA TÉCNICA 32/2021 - DGEP/REITORIA/IFPB

Em 4 de outubro de 2021.

Dispõe sobre os modelos de declaração elencados na Resolução AR nº 81/2021 - CONSUPER/IFPB.

O DIRETOR GERAL DE GESTÃO DE PESSOAS do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba, no uso de suas atribuições legais, considerando o disposto na Resolução AR nº 81/2021 - CONSUPER/IFPB, **RESOLVE:**

Art. 1º - A comprovação das condições constantes do inciso XV, da Resolução AR nº 81/2021 - CONSUPER/IFPB, ocorrerá mediante a forma da respectiva autodeclaração, conforme modelos anexos, de acordo com cada caso, devendo ser protocolizada pelo servidor através de processo eletrônico junto ao Sistema SUAP e encaminhada à chefia imediata, para análise e manifestação, com posterior encaminhamento à unidade de gestão de pessoas para arquivamento em pasta funcional, resguardada as informações pessoais e sigilosas.

Art. 2º A prestação de informação falsa sujeitará o servidor ou empregado público às sanções penais e administrativas previstas em Lei.

(assinado eletronicamente)

DANIEL VITOR DE OLIVEIRA NUNES
Diretor Geral de Gestão de Pessoas

ANEXO I
AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, declaro para fins específicos de atendimento ao disposto Resolução AR nº 81/2021 - CONSUPER/IFPB, que me enquadro em situação de afastamento das atividades presenciais em razão de possuir fator, condição ou situação de risco para agravamento de Covid-19, nos termos do inciso XV, da Resolução AR nº 81/2021 - CONSUPER/IFPB, enquadrando-me na seguinte condição ou fator: _____(especificar a condição ou fator de acordo com a Resolução AR nº 81/2021 - CONSUPER/IFPB)_____.

Declaro, ainda, pelas mesmas razões, que não exercerei nenhuma outra atividade remunerada em caráter presencial durante esse mesmo período.

Declaro, por fim, 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

ANEXO II
AUTODECLARAÇÃO DE FILHO(S) OU MENOR(ES) SOB GUARDA EM IDADE ESCOLAR

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____ declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Resolução AR nº 81/2021 - CONSUPER/IFPB que tenho filho(s) ou menor(es) sob guarda em idade escolar ou inferior que necessita(m) da minha assistência, portanto, necessito ser submetido a trabalho remoto com data de início _____, e enquanto vigorar a norma local, conforme o ato normativo _____, que suspendeu as atividades escolares ou em creche, por motivos de força maior relacionadas ao Coronavírus.

Declaro, ainda, pelas mesmas razões, que não exercerei nenhuma outra atividade remunerada em caráter presencial durante esse período e que não possuo cônjuge, companheiro ou outro familiar adulto que comigo resida apto a prestar assistência ao (s) meu(s) filho(s) em idade escolar.

Declaro, por fim, 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/padrasto/madrasta ou responsável pela guarda

Informações adicionais:

Dados cônjuge:

Nome Completo:

Servidor Público ou Empregado Público Federal: () Sim () Não

Dados dos filhos (deve ser preenchido para cada filho):

Dados do menor sob guarda (deve ser preenchido para cada menor):

Nome Completo:

Idade:

Escola: () Pública () Privada

UF da Escola:

Cidade da Escola:

ANEXO III AUTODECLARAÇÃO PARA RETORNO AO TRABALHO

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Resolução AR nº 81/2021 - CONSUPER/IFPB, que completei o ciclo vacinal de imunização contra a COVID-19, já transcorridos mais de trinta dias desta completa imunização.

Declaro ainda que me enquadro nas hipóteses previstas do inciso XIX, da Resolução AR nº 81/2021 - CONSUPER/IFPB, mas minha(s) comorbidade(s) apresenta(m)-se controlada(s) e estável(is) e/ou que, mesmo diante da minha condição/fator, considero-me apto ao retorno às atividades presenciais.

Declaro, por fim, 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

Documento assinado eletronicamente por:

■ Daniel Vitor de Oliveira Nunes, DIRETOR - CD3 - DGEP-RE, em 04/10/2021 15:45:52.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 04/10/2021. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.ifpb.edu.br/autenticar-documento/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 226210

Código de Autenticação: 268742d437



NOSSA MISSÃO: Ofertar a educação profissional, tecnológica e humanística em todos os seus níveis e modalidades por meio do Ensino, da Pesquisa e da Extensão, na perspectiva de contribuir na formação de cidadãos para atuarem no mundo do trabalho e na construção de uma sociedade inclusiva, justa, sustentável e democrática.

VALORES E PRINCÍPIOS: Ética, Desenvolvimento Humano, Inovação, Qualidade e Excelência, Transparência, Respeito, Compromisso Social e Ambiental.