

AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL PARA EVENTUAL REALIZAÇÃO DE TESTES DE DETECÇÃO DE COVID-19 NO ESTUDANTE

“Devemos ser gigantes de força e de coração”.
(Madre Clara – nossa fundadora)

Considerando o contexto da pandemia causada pelo novo coronavírus, SARS-Cov-2, e o retorno das aulas presenciais, é responsabilidade de toda comunidade educativa a adoção de medidas viáveis para a redução de possíveis surtos no ambiente escolar. Junto às medidas de distanciamento mínimo, higienização adequada, etiqueta respiratória e mascaramento, a testagem imediata de contatos de casos confirmados é estratégia importante para identificar e encaminhar o isolamento precoce de casos positivos e evitar/diminuir possíveis focos de transmissão.

Compreendendo o exposto, eu _____
Responsável Financeiro, CPF nº: _____

Autorizo.

Não autorizo.

A testagem por meio de coleta de swab (material nasofaríngeo) do estudante _____, pela equipe técnica designada pela Secretaria Municipal de Saúde, caso seja constatado um caso confirmado em sua turma na escola.

*Em caso de não autorização, estou ciente de que o estudante ficará impedido de assistir às aulas presenciais no período de 10 dias, desde a identificação do caso confirmado, ou até que apresente um resultado negativo pelo exame RT-PCR neste mesmo período.

Porto Alegre, _____, de _____ de 202__.

Nome completo Responsável Financeiro pelo Estudante: _____

Estou ciente de que os dados desta autorização serão utilizados pela Escola Nossa Senhora do Brasil para fins administrativos e pedagógicos. E que, no término do contrato escolar do referido estudante, os dados contidos nesta Autorização serão extintos.

Nome completo do estudante: _____

Nome da mãe do estudante: _____

Data de nascimento do estudante: ____/____/____

Número do cartão do SUS ou do CPF do estudante: _____

Identificação da Turma: _____

Nome da Escola: Escola de Ensino Fundamental Nossa Senhora do Brasil