

TERMO DE DECLARAÇÃO DE CONFORMIDADE DA SALUBRIDADE NO AMBIENTE DE ESTÁGIO

A(O) (nome da entidade concedente de estágio), por meio de seu responsável legal, o senhor(a) _____, CPF _____, Identidade _____, declara formalmente que tem plena ciência, atende e adota todas as normas, diretrizes, protocolos de biossegurança e medidas de prevenção e combate aplicadas, aos empregados/estagiários no ambiente de trabalho/estágio, em relação à pandemia da Covid-19, estabelecidos pelo Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e pelos órgãos sanitários das esferas federal, estadual e municipal, estando atualmente autorizado a funcionar normalmente.

_____, ____ de _____ de 2020

Nome da entidade concedente

Assinatura responsável legal