



Universidade Federal
de São João del-Rei



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente termo, eu _____
_____, CPF: _____ matricula nº
_____, graduando (a) do Curso de Enfermagem da UFSJ, e-mail
_____, afirmo ter participado da
capacitação realizada via Unidade Curricular **Capacitação Covid 19 – Estágio
Supervisionado II** para iniciar as atividades de Estágio Supervisionado II. Afirmo ter
recebido as Orientações do colegiado sobre o manejo e fluxo assistencial durante a
pandemia da COVID-19. Comprometo-me a segui-las bem como realizar as práticas de
biosseguranças aprendidas na capacitação e exigidas nos campos de prática. Afirmo
conhecer os protocolos assistenciais vigentes no município e me comprometo a buscar
atualização constante e estar atento a quaisquer alterações a serem feitas pelos órgãos
responsáveis.

_____, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do (a) Aluno (a)