



## MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA

### TERMO DE CIÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, responsável pelo(a) aluno(a)  
\_\_\_\_\_, declaro que estou ciente das medidas  
gerais de prevenção contra a Covid-19 adotadas pelo Instituto Federal Farroupilha,  
incluindo a solicitação obrigatória de comprovação da realização de esquema vacinal contra  
a Covid-19, como medida essencial para a segurança individual e coletiva.

São medidas de prevenção da Covid-19; uso obrigatório de máscara; distanciamento físico  
mínimo de 1 metro; higienização frequente das mãos; não compartilhamento de objetos de  
uso pessoal; não promover aglomerações.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Assinatura