

## ANEXO I

### TERMO DE CONHECIMENTO E CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO OU NÃO OBRIGATÓRIO DURANTE A SUSPENSÃO DO CALENDÁRIO ACADÊMICO PRESENCIAL

Eu, \_\_\_\_\_, estudante regularmente matriculada/o no curso de \_\_\_\_\_, do Instituto Federal de Alagoas (IFAL) – *Campus* \_\_\_\_\_, sob o número de matrícula \_\_\_\_\_, considerando a Medida Provisória nº 927, de 22 de março de 2020, que dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública, reconhecida pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19), e dá outras providências; os Decretos Federais nº 10.282, de 20 de março de 2020 e nº 10.329, de 28 de abril de 2020, que regulamentam a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais; a Portaria MEC nº 510/2020; a Portaria MEC nº 544/2020, que dispõe sobre a substituição das aulas presenciais por aulas em meios digitais, enquanto durar a situação de pandemia do novo coronavírus - Covid-19; os Decretos Estaduais nº 70.177, de 26 de junho de 2020, e nº 70.178, de 30 de junho de 2020, que dispõem sobre a decretação de situação de emergência na saúde pública do Estado de Alagoas, em razão da disseminação do novo coronavírus - Covid-19; Parecer do CNE/CP nº 5/2020 e demais decretos municipais vigentes e pertinentes à matéria, declaro o interesse em realizar as atividades do estágio **( ) obrigatório** ou **( ) não obrigatório** de forma **( ) presencial** ou **( ) não presencial**, desde que respeitadas as disposições desta Portaria.

Declaro ainda que fui alertada/o para o que dispõe o inteiro teor do Contrato de Seguro de Estágio Obrigatório, especialmente às condições gerais do Seguro contra acidentes pessoais, morte acidental, invalidez permanente total ou parcial por acidente e despesas médicas hospitalares e odontológicas, que está disponível ao acessar a apólice vigente.

Em caso de estágio presencial, declaro que desejo realizá-lo conforme contrato em anexo, e assumo a responsabilidade por adotar cuidados recomendados pelos órgãos de saúde, no que diz respeito aos riscos causados pela pandemia de Covid-19 e, dessa forma, isentando o IFAL e/ou seus representantes legais de quaisquer responsabilidades.

\_\_\_\_\_ - AL, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Assinatura da/o estudante e de sua/seu responsável legal, quando menor de 18 anos.

Assinatura do/a Coordenador/a de Estágio (IFAL)