

PROGRAMA ESTADUAL DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES PARA ENFRENTAMENTO DA EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA EM DECORRÊNCIA DA COVID-19 (QUALIFICA COVID)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____,
bolsista/profissional (Função Pretendida) _____,
portador(a) do RG nº _____, Órgão Expedidor _____
e CPF nº _____, declaro estar ciente das responsabilidades e
funções inerentes às atividades do Programa Estadual de Qualificação das Ações para
Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública em Decorrência da COVID-19, conforme descrito
no Edital ESPP-CFRH nº15/2020.

Para tanto atesto que:

1. Posso disponibilidade para atuar no(a) _____,
localizado(a) no Município de _____,
com carga horária semanal de _____ horas, segundo as normas, horários e rotinas
estabelecidas por este local, e que não pertenço a nenhum grupo de risco para COVID-19
(idoso, portador de doenças crônicas, gestantes, etc).
2. Concordo que as minhas atividades profissionais no Programa não configuram vínculo
empregatício e que irei receber uma bolsa-auxílio-financeiro pessoa física, de acordo com
o valor descrito em Edital, com os devidos descontos previstos em lei.
3. Concordo em entregar cópia digitalizada dos meus documentos comprobatórios quando
solicitado, para fins de recebimento da bolsa.
4. Declaro não possuir incompatibilidade de horário (vínculo empregatício), nem ser
beneficiário de outro tipo de bolsa institucional vinculada ao governo do Estado do Paraná,
não estar recebendo seguro-desemprego, aposentadoria por invalidez, licença
maternidade ou auxílio-doença durante minha atuação no Programa.
5. Concordo em realizar as atividades de formação em saúde descritas no Plano Individual
de Trabalho.
6. Estou ciente e aceito que poderei ser desligado (a) do programa se não cumprir com as
atribuições e compromissos assumidos, com o horário de trabalho estabelecido, com as
rotinas de trabalho ou infringir às normas institucionais e/ou o código de ética profissional.

Por fim, firmo o presente.

_____, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do Coordenador Local
(Carimbo)

Assinatura do(a) Bolsista/Profissional