**ANEXO 2**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

Considerando minhas condições de saúde (física, odontológica e psicológica); e, considerando estar, em um município de grande vulnerabilidade social e com carência de recursos e, por vezes, inóspitos, realizando oficinas com a comunidade, eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome completo), inscrito no CPF sob nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **DECLARO estar em boas condições de saúde para participar das atividades propostas**, em caso de seleção para a função de rondonista junta à **Equipe Rondon Feevale** na OPERAÇÃO AMAZONAS, prevista para ser realizada em julho de 2025. DECLARO, ainda, que fui informado que devo ter o meu **Cartão de Vacinação em dia, com as vacinas da COVID-19, TÉTANO e FEBRE AMARELA.**

Novo Hamburgo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_