

**FORMULÁRIO DE OPÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO CURSO DE FORMA REMOTA NO 2º SEMESTRE DE 2021**

**DATA LIMITE PARA ENVIO: 26/08/2021.**

**OBSERVAÇÕES: ASSUNTO DO E-MAIL: CURSO FORMA REMOTA ETB + NOME DO CURSO**

1. Dados do estudante e do curso:

Matricula: \_\_\_\_\_, Nome: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_, Período: \_\_\_\_\_, Turno: \_\_\_\_\_

2. Vacinado: ( ) Sim ( ) Não

2.1. Caso tenha sido vacinado, qual fabricante da vacina:

( ) Astrazeneca ( ) Coronavac ( ) Janssen ( ) Pfizer

Anexar cópia do cartão de vacina

3. Qual a dose:

3.1. ( ) D1 data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

3.2. ( ) D2 data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

3.3. ( ) Dose única data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

4. Qual a sua justificativa para manter a realização do curso on-line:

4.1. ( ) Comorbidade.

Anexar laudo médico que esteja de acordo com as comorbidades definidas pela Secretaria de Estado de Saúde para

4.2. ( ) Parentes com comorbidades.

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Reside no mesmo endereço: ( ) sim ( ) não

Caso sim, anexar cópia comprovante de residência comprovando que os dois residem no mesmo endereço, documento de identificação com foto (frente e verso), e o laudo médico que esteja de acordo com as comorbidades definidas pela Secretaria de Estado de Saúde.

4.3. Acima de 60 anos: ( ) sim ( ) não

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Reside no mesmo endereço: ( ) sim ( ) não

Caso sim, anexar comprovante de residência comprovando que os dois residem no mesmo endereço e documento de identificação com foto (frente e verso).

Brasília-DF, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do estudante ou responsável

\*Este formulário é somente para alunos que possuem razões ou motivos que os impossibilitem de realizar o curso presencialmente.

\*Após o preenchimento do formulário, ANEXAR toda a documentação comprobatória e enviar para o e-mail [secretariaetb@gmail.com](mailto:secretariaetb@gmail.com)