



## TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONHECIMENTO DE RISCO DO ESTUDANTE

Eu, \_\_\_\_\_ (nome em maiúsculo e letra legível), CPF nº \_\_\_\_\_, data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, aluno(a) do IFRN – Campus Macau declaro estar ciente da existência de riscos inerentes à atividade externa que será realizada no(s) dia(s) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_, motivo pelo qual concordo em seguir todas as orientações e informações transmitidas pelos servidores, referentes à prevenção e diminuição desses riscos, assumindo, por conseguinte, todas as consequências da desatenção às orientações e normas de segurança de acordo com a Portaria nº 010/2007, podendo ser responsabilizado civil e penalmente pelos meus atos.

Declaro ainda estar ciente de que, caso necessite de eventual atendimento médico e/ou de primeiros socorros, estes dependem sempre das condições do local onde eu me encontrar.

Declaro também que informei ao responsável por esta atividade, com a antecedência devida, de minhas limitações físicas e psicológicas (moléstia, doença ou incapacidade física), que possam aumentar os riscos das atividades desenvolvidas, ou mesmo impedir de realizá-las.

Em caso de desobediência às normas de atividades externas, estou ciente de que poderei ser desligado desta atividade imediatamente.

Campus Macau/RN, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Se o declarante for menor de dezoito anos:

Assinatura do declarante

Assinatura do responsável

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Observações (descrição das limitações físicas ou incapacidades): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---



## TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONHECIMENTO DE RISCO DO ESTUDANTE

Eu, \_\_\_\_\_ (nome em maiúsculo e letra legível), CPF nº \_\_\_\_\_, data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, aluno(a) do IFRN – Campus Macau declaro estar ciente da existência de riscos inerentes à atividade externa que será realizada no(s) dia(s) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_, motivo pelo qual concordo em seguir todas as orientações e informações transmitidas pelos servidores, referentes à prevenção e diminuição desses riscos, assumindo, por conseguinte, todas as consequências da desatenção às orientações e normas de segurança de acordo com a Portaria nº 010/2007, podendo ser responsabilizado civil e penalmente pelos meus atos.

Declaro ainda estar ciente de que, caso necessite de eventual atendimento médico e/ou de primeiros socorros, estes dependem sempre das condições do local onde eu me encontrar.

Declaro também que informei ao responsável por esta atividade, com a antecedência devida, de minhas limitações físicas e psicológicas (moléstia, doença ou incapacidade física), que possam aumentar os riscos das atividades desenvolvidas, ou mesmo impedir de realizá-las.

Em caso de desobediência às normas de atividades externas, estou ciente de que poderei ser desligado desta atividade imediatamente.

Campus Macau/RN, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Se o declarante for menor de dezoito anos:

Assinatura do declarante

Assinatura do responsável

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Observações (descrição das limitações físicas ou incapacidades): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---