**ANEXO II**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) de RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , residente e domiciliado(a) em (endereço) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , estado \_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matriculado(a) sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do Instituto Federal do Sertão Pernambucano, Campus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro estar CIENTE de que sou responsável por todas as condutas praticadas durante a visita técnica, podendo responder civil, penal e administrativamente por todas elas, em especial as que violarem o artigo 35 do regulamento de visitas técnicas (**INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 08, DE 05 DE ABRIL DE 2020**), a saber:

**Art. 35.** São vedadas a todos os participantes quaisquer das seguintes condutas:

I - Fazer uso de substâncias ilícitas durante todo o período de realização da visita, incluindo o translado. Da mesma forma, estão proibidos o uso de cigarro e bebidas alcoólicas, mesmo para os estudantes maiores de idade;

II - Em caso de pernoite, dormir em local não estipulado pelo servidor responsável;

III - Ausentar-se das atividades da visita técnica, deixando de cumprir a programação;

IV - Embarcar e desembarcar do veículo oficial em local não apropriado;

V - Jogar lixo pelas janelas ou dentro do veículo, bem como nos locais visitados; VI - Causar quaisquer danos à instituição visitada ou ao veículo oficial;

VII - Envolver-se em discussão ou briga com qualquer participante da visita técnica;

VIII - Portar-se desrespeitosa ou agressivamente com motoristas, servidores e/ou colaboradores da instituição visitada;

IX - Descumprir as regras da instituição visitada e do Termo de Responsabilidade.

**Informações de saúde do(a) estudante (a)**:

* ***Possui alguma deficiência e necessita de adaptação durante a visita técnica? Se sim, qual?***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

* ***Faz uso regular de medicamento? Se sim, qual?***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

* ***Possui alguma condição médica que necessita maior atenção e cuidado durante a visita técnica? Se sim, qual?***
* ***Possui alguma alergia a medicamentos? Se sim, qual?***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

* ***Possui alguma alergia alimentar? Se sim, qual?***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Local \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Assinatura do estudante***