

Termo de Aceite das Normas de Prevenção da Covid-19

Nome:

CPF:

Cidade/ Estado:

Telefone:

E- mail:

Pelo presente, declaro que, estou ciente das medidas de prevenção da Covid-19 exigidas pela empresa Pecplan ABS, em conformidade com as normas públicas de saúde, para a visitaçã de sua sede, me obrigando ao seu fiel cumprimento.

Declaro, ainda que, para garantir a segurança e saúde dos colaboradores, fornecedores e demais visitantes, estou obrigado a fornecer à empresa Pecplan ABS informação sobre o diagnóstico positivo do COVID -19 ou mesmo sobre quaisquer sintomas observados dentro do prazo de 10 dias contados da visitaçã realizada nesta data, sob pena incidir na hipótese capitulada no art. 268 do Código Penal e de serem comunicadas as autoridades competentes.

Delta – MG, _____ de _____ de _____

