

**TERMO DE ADESÃO AO SERVIÇO VOLUNTÁRIO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | | |
| RG: | CPF: | | Nasc: |
| Escolaridade: | | Área de Formação: | |
| Endereço: | | | |
| CEP: | | Email: | |
| Tel. Res.: | Tel. Com.: | | Cel.: |
|  | | | |
| Linha Temática: | | | |
| Descrição das Atividades: | | | |
| Duração do serviço (data de início e término): | | | |
|  | | | |

Eu acima identificado, e abaixo assinado, reconheço, entendo e concordo, por meio deste documento e em consideração à minha participação na prestação de serviço voluntário na UC Parque Nacional da Tijuca, que:

1. Minha participação como voluntário(a) no Parque Nacional da Tijuca dar-se-á por minha livre e espontânea vontade nesta data;

2. Estou ciente da legislação específica sobre Serviço Voluntário e aceito atuar como voluntário nos termos do presente Termo de Adesão.

3. Estou ciente que, de acordo com a Lei nº 9.608 de 18/02/98, o serviço voluntário é atividade não remunerada, e não gera vínculo empregatício nem funcional, ou quaisquer obrigações trabalhistas, previdenciárias e afins.

4. Estou ciente da legislação específica sobre Unidades de Conservação, Crimes Ambientais e Educação Ambiental, especificamente a Lei 9.985/2000, Lei nº 9.605/1998, Lei nº 9.795/1999.

5. Como voluntário no Parque Nacional da Tijuca, comprometo-me a respeitar a legislação vigente, seja ela municipal, distrital, estadual ou federal, assumindo toda e qualquer consequência de meus atos no período de duração do meu envolvimento como voluntário nessa Unidade.

6. Será de minha exclusiva responsabilidade a eventual utilização de equipamento de minha propriedade durante o exercício das atividades previstas neste Termo de Adesão.

**Termo de conhecimento de risco**

1. As atividades em ambientes naturais, como as Unidades de Conservação, envolvem riscos, portanto farei somente aquilo que minha habilidade e condição física permitirem e que esteja de acordo com as regulamentações específicas da Unidade. Declaro estar ciente dos riscos em função das atividades em Unidades Descentralizadas.

Declaro que estou apto a participar deste tipo de atividade, sou responsável por meus atos e confirmo a veracidade das informações por mim fornecidas neste documento.

Local, data.

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

Voluntário[[1]](#footnote-1)

RG:

CPF:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FICHA MÉDICA | | |
|  | | |
| MEDICAMENTOS | | |
| Toma algum medicamento controlado? | | |
|  Não. | |  Sim. Qual? |
| Possui alergia a algum medicamento ou componente químico? | | |
|  Não. | |  Sim. Qual? |
|  | | |
| REAÇÕES ALÉRGICAS | | |
| Qual é o tipo de alergia que possui? | | |
|  Não possui alergias. | | |
|  A alimentos. Quais? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  A picada de insetos. Algum específico? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  A algum componente químico de protetores solares, repelentes ou similares? Quais? | | |
|  Outros. Quais? | | |
|  | | |
| VACINAS & OUTRAS INFORMAÇÕES | | |
| Já tomou vacina contra febre amarela? | | |
|  Não. | |  Sim. Qual? |
| Quando tomou a vacina antitetânica? | | |
| Você é diabético/a? | | |
|  Não. | |  Sim. |
| Você é epilético/a? | | |
|  Não. | |  Sim. |
| Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_ Fator RH:\_\_\_\_\_ | | |
|  | | |
| RESTRIÇÕES (Indicar restrições físicas e ou doenças crônicas porventura existentes). | | |
|  | | |
|  | |  |
| **EM CASO DE ACIDENTE LIGAR PARA:** | | |
| Nome: |  | |
| Telefone: |  | |
|  | | |  |

1. Incluir cópia dos documentos de identidade e CPF do(s) voluntário(s). [↑](#footnote-ref-1)