

DECLARAÇÃO

EU _____,
CPF número _____ declaro através da presente, para
os devidos fins de comprovação da vacinação do Covid-19, que sou trabalhador
da saúde, exercendo as funções de _____
e encontro-me em pleno exercício das minhas atividades no local -
_____.

Por fim, declaro, sob responsabilidade civil e criminal, que tenho conhecimento
que neste momento somente os trabalhadores da saúde na ativa podem ser
vacinados por serem grupo prioritário definido em informe do Ministério da
Saúde e Regulamentado na Comissão Interinstitucional Bipartite – CIB.

Conceição do Coité, _____ de fevereiro de 2021

(Assinatura do Declarante)

Carimbo da Instituição e Assinatura do Responsável: