

TIMBRE DA INSTITUIÇÃO

AUTODECLARAÇÃO PROFISSIONAIS AUTÔNOMOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

EU (CITAR NOME COMPLETO), CPF número (CITAR Nº) declaro através da presente, para os devidos fins de comprovação da vacinação do Covid 19, que sou trabalhador (a) da saúde exercendo as funções de (DESCREVER FUNÇÕES) sob número de conselho (NÚMERO DO CONSELHO) e encontro-me em pleno exercício das minhas atividades no local (CITAR NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE), CNPJ (nº do CNPJ) e CNES (nº do CNES), situado no endereço (ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO) que oferece os serviços de (CITAR QUAIS SERVIÇOS DE SAÚDE SÃO PRESTADOS. EXEMPLO: PSICOLOGIA, FISIOTERAPIA, ODONTOLOGIA, ETC).

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

Teixeira de Freitas, ____ de _____ de 2021.

(ASSINATURA DO AUTODECLARANTE)

(Nome completo do autodeclarante)

(Cargo do autodeclarante)

(Carimbo LEGÍVEL da empresa e ou do autodeclarante)