



Prefeitura de São Sebastião do Cai
Secretaria Municipal da Saúde

Autodeclaração do Profissional de Saúde

DECLARAÇÃO DE INFORMAÇÕES DO PROFISSIONAL DA SAÚDE A SER VACINADO CONTRA A COVID-19 CONFORME ESTRATIFICAÇÃO DA RESOLUÇÃO N° 025/21 - CIB / RS.

Eu, _____
(CPF nº _____), DECLARO, que sou profissional da saúde, credenciado junto ao Conselho Profissional _____, com registro profissional sob o nº _____, atuante na área/função _____, no estabelecimento denominado _____ que presta atividade assistencial direta e presencial, localizado no endereço _____, desde a data de _____, estando ciente de que eventual informação falsa poderá ensejar responsabilidade nas esferas civil, administrativa e criminal, inclusive a caracterização do crime de falsidade ideológica, nos termos do art. 299 do Decreto-Lei n 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal).

Local e Data

Nome e assinatura do declarante

Observação: O profissional a ser vacinado deve apresentar documento de identidade e a carteira profissional do respectivo conselho de classe ou outro documento/declaração/certidão emitido pelo Conselho onde o mesmo esteja inscrito, além do comprovante de endereço.