



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE FARROUPILHA
Secretaria Municipal de Saúde

Autodeclaração do Profissional de Saúde

DECLARAÇÃO DE INFORMAÇÕES DO PROFISSIONAL DA SAÚDE A SER VACINADO CONTRA A COVID-19 DO PLANO MUNICIPAL DE VACINAÇÃO, CONFORME ESTRATIFICAÇÃO DA RESOLUÇÃO Nº 028/21 – CIB / RS E OFÍCIO CIRCULAR Nº 57/2021/SVS/MS

Eu, _____, inscrito(a) no CPF nº _____, DECLARO, para a fiel execução do Plano Municipal de Vacinação, que sou profissional da saúde, credenciado(a) e com registro ativo junto ao Conselho _____, registro nº _____, atuante na área/função _____, no estabelecimento denominado _____, que presta atividade assistencial de saúde 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 Código Penal.

_____, _____ de _____ de _____.

(local e data)

Nome do Declarante

Assinatura