



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS**

**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 025/21 - 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 e Assinatura do Declarante.