

TIMBRE DA INSTITUIÇÃO

**DECLARAÇÃO PARA FINS DE VACINAÇÃO
CONTRA COVID-19**

EU (**nome completo**), CPF (**Númeroº**) declaro através da presente, que sou trabalhador da saúde, exercendo as funções de (**DESCREVER FUNÇÕES**) e encontro-me em pleno exercício das minhas atividades como profissional autônomo.

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

Camaçari, (**data**) de (**mês**) de 2021
(**Assinatura do Declarante**)