

**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.**

Eu, _____

(CPF nº _____), DECLARO, para a execução do plano municipal de vacinação, que sou profissional da saúde, credenciado junto ao conselho profissional _____, com registro profissional sob o nº _____, atuante na área / função _____, no estabelecimento de saúde humana 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 de crime de falsidade ideológica, nos termos do art. 299 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal).

Local e Data

Nome e assinatura do declarante

Observação: tem que apresentar junto um documento de identidade e carteira profissional do respectivo conselho de classe ou outro documento / declaração / certidão emitido pelo conselho onde o mesmo esteja inscrito, além do comprovante de que o estabelecimento em que atua é de Gravataí.