



PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS

TERMO DE DECLARAÇÃO

IMUNIZAÇÃO CONTRA A COVID-19 - TRABALHADOR DA SAÚDE

Deverá estar acompanhada da cópia da Carteira de Trabalho (CTPS) assinada

Nome: _____
Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____ UF: _____
Mãe: _____, Data Nasctº.: ____/____/_____
Endereço: _____, nº _____
Compl. _____, Cidade: _____ UF _____, RG _____
CPF _____, Profissão: _____.

CONSIDERANDO os critérios estabelecidos ao Grupo Prioritário de Trabalhadores da Saúde no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra COVID-19;

DECLARO, para fins de prova junto à Secretaria Municipal da Saúde do Município de Divinópolis, que exerço atualmente minhas atividades profissionais na área da Saúde na Instituição (nome e endereço): _____

e neste ato apresento cópia da minha CPTS comprovando o meu vínculo empregatício.

DECLARO que estou ciente de que eventual informação falsa configura crime de falsidade ideológica (artigo 299, do Código Penal) e ensejará o envio dessa declaração para conhecimento do Ministério Público de Minas Gerais e Polícia Civil, para fins de comprovação de veracidade das informações aqui descritas e responsabilização cível e criminal, nos termos da Lei.

Divinópolis, ____/____/_____.

Assinatura: _____