

DECLARAÇÃO DE PROFISSIONAL AUTÔNOMO, PRESTADOR DE SERVIÇOS OU PROFISSIONAL LIBERAL PARA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

* Caso o preenchimento seja manual, deve ser realizado de forma legível.

Nome:

CPF:

Registro Profissional:

Profissão:

Endereço: (profissional ou
residencial)

Celular:

E-mail:

() Declaro estar exercendo, na presente data, atividade profissional na área da saúde, na condição de autônomo, conforme registro profissional citado estando, portanto, contemplado no grupo de profissionais inscritos no Ordenamento Prioritário para Vacinação contra COVID-19, nos termos da resolução nº 025/21 - CIB/RS.

() Declaro ainda estar ciente de que as informações prestadas são de minha inteira responsabilidade e que, no caso de declaração falsa, estarei sujeito às sanções previstas em lei, aplicando-se, ainda, o disposto no parágrafo único do art. 10 do Decreto nº 83.936, de 6 de setembro de 1979 e Artigos 171 e 299 do Código Penal.

Santa Maria, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do profissional

OBS.: NO ATO DA VACINAÇÃO, É OBRIGATÓRIA A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO REFERENTE À INSCRIÇÃO NO ÓRGÃO DE CLASSE, CONFORME A PROFISSÃO EXERCIDA PELO DECLARANTE, JUNTAMENTE COM A PRESENTE DECLARAÇÃO PREENCHIDA E FIRMADA PELO PROFISSIONAL.