

ANEXO I

DECLARAÇÃO DE INFORMAÇÕES DO PROFISSIONAL DA SAÚDE A SER VACINADO CONTRA A COVID-19 NA FASE 1 DO PLANO MUNICIPAL DE VACINAÇÃO DE PORTO ALEGRE, CONFORME ESTRATIFICAÇÃO DA RESOLUÇÃO N° 025/21 - CIB / RS

Eu, _____ (CPF n° _____), DECLARO, para a execução do plano municipal de vacinação, que sou profissional da saúde, credenciado junto ao Conselho Profissional _____, com registro profissional sob o n. _____, atuante na área/função _____, no estabelecimento denominado _____, 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 Decreto-Lei n 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal).

(local e data)

(assinatura do declarante)