**DECLARAÇÃO**

EU (CITAR NOME COMPLETO), CPF número (CITAR Nº) declaro através da presente, para os devidos fins de comprovação da vacinação do Covid 19, que sou trabalhador da saúde, exercendo as funções de (DESCREVER FUNÇÕES) e encontro-me em pleno exercício das minhas atividades no local (DESCREVER NOME DO LOCAL).

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Salvador, XX de fevereiro de 2021

(Assinatura do Declarante)