

ANEXO 5 - Autodeclaração do Profissional de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
EQUIPE DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
NÚCLEO DE IMUNIZAÇÕES



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 _____ 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 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

Nome e assinatura do declarante

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