**DECLARAÇÃO**

(CITAR NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE), CNES (CITAR Nº), CNPJ (CITAR Nº), devidamente representado por (CITAR NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL LEGAL), declara através da presente, para os devidos fins de comprovação de que atendo aos critérios para vacinação do Covid 19, que (CITAR NOME COMPLETO), CPF (CITAR Nº), trabalha no supra mencionado estabelecimento e encontra-se em pleno exercício das suas funções até a presente data, no setor (CITAR), desenvolvendo as atividades relacionadas (CITAR AS ATIVIDADES).

Por fim, declaramos, sob responsabilidade civil e criminal, que temos 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 Intergestores Bipartite – CIB.

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

Lauro de Freitas, XX de junho de 2021

 (Nome completo legível e cargo de quem emite a declaração com carimbo)