**AUTODECLARAÇÃO**

EU (CITAR NOME COMPLETO), CPF número (CITAR Nº), residente e domiciliado em (CITAR ENDEREÇO) declaro através da presente, para os devidos fins de comprovação da vacinação do Covid 19, que sou trabalhador da educação, 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 educação do ensino básico e superior na ativa, que trabalham em estabelecimentos de ensino, podem ser vacinados por serem grupo prioritário definido em informe do Ministério da Saúde e Regulamentado na Comissão Interinstitucional Bipartite – CIB.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luziânia-Go, XX de XX de 2021

(Assinatura do declarante)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Secretaria Municipal de Saúde de Luziânia  
Rua Professor Artur Roriz, s/no, Setor Aeroporto, CEP: 72.800-400  
(61) 3906-3606 – FAX: 3906-3600 – CNPJ: 07.556.717/0001-63 – site: www.luziania.go.gov.br