

**AUTODECLARAÇÃO PROFISSIONAIS SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO (proprietários e sócios da instituição)**

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 (a) da educação exercendo as funções de (DESCREVER FUNÇÕES) e encontro-me em pleno exercício das minhas atividades no local (CITAR NOME DO ESTABELECIMENTO DE EDUCAÇÃO), CNPJ (n° do CNPJ), situado no endereço (ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO) é um estabelecimento de educação de (CITAR EM QUAL CATEGORIA O ESTABELECIMENTO DE ENSINO SE ENQUADRA: ensino básico, creche, pré-escolas, ensino fundamental, ensino médio, profissionalizantes, Educação de Jovens e Adultos – EJA, ensino superior)

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

Teixeira de Freitas, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

(ASSINATURA DO AUTODECLARANTE)

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

(Nome completo do autodeclarante)

(Cargo do autodeclarante)

(Carimbo LEGÍVEL da empresa com CNPJ)