



**Fundo Municipal de Saúde de Calçado
Estado de Pernambuco**

DECLARAÇÃO

EU _____, CPF número _____ declaro através da presente, para os devidos fins de comprovação da vacinação do Covid-19, que sou Caminhoneiro, exercendo a função de _____ e encontro-me em pleno exercício das minhas atividades no local _____.

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

Declarante: _____.

Calçado, _____ de _____ de 2021