

FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO

Servidor:

RG:

Cargo/função:

Setor:

Vínculos com outros órgãos da administração pública (federal, estadual, municipal):

() sim () não

Órgão/Entidade:

Por meio do presente, DECLARO que, em virtude de contraindicação médica e por ser portador patologias ou condições clínicas consideradas graves, não participei do programa de imunização contra COVID-19

A fim de comprovar a declaração acima, encaminho anexo ao presente formulário a DOCUMENTAÇÃO abaixo relacionada:

Por fim, DECLARO que ME RESPONSABILIZO pela veracidade das informações prestadas,

Assinatura do Servidor

À Chefia Imediata, para ciência e deliberações.