

**7ª REGIONAL DE SAÚDE**

**CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19**

**DECLARAÇÃO PARA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, afirmo que \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, exerce a função de Cuidador Domiciliar de Idoso em minha residência, situada à Rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, cidade de \_\_\_\_\_, desde (ano/mês de contratação) \_\_\_\_\_.

Nome do (s) Idoso (s): \_\_\_\_\_.

RG/CPF Idoso: \_\_\_\_\_.

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

Nome da ESF a que pertence \_\_\_\_\_.

Declaro que o mesmo se enquadra nos Critérios de Elegibilidade da Campanha e que estou de acordo com os Termos de Responsabilidade vinculados a Campanha.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Nome legível e assinatura do Declarante