

TERMO DE AUTODECLARAÇÃO PARA FINS DE IMUNIZAÇÃO – COVID 19

Eu,.....

R.G nº.....SSP/.....,

CPF/MF nº....., residente à.....DECLARO para fins de imunização contra o Coronavírus – Covid 19 ser portador de deficiência grave do seguinte tipo:

(.....) Física – Limitação motora que causa grande dificuldade ou incapacidade para andar ou subir escadas.

(.....) Sensorial Auditiva – grande dificuldade ou incapacidade de ouvir, mesmo sendo usuário de aparelho auditivo.

(.....) Sensorial Visual - Grande dificuldade ou incapacidade de enxergar, mesmo com o uso de óculos.

(.....) Intelectual – Deficiência intelectual permanente que limita as atividades habituais.

Mediante a assinatura do presente termo declaro estar ciente das possíveis consequências cíveis, penais e administrativas por informação falsa da condição de PCD.

São José dos Campos, de 2.021

.....

ASSINATURA

(paciente ou responsável)