



Coordenação Geral de Epidemiologia
Gerência de Imunização

DECLARAÇÃO DE CUIDADOR FAMILIAR PARA VACINAÇÃO COVID-19

Declaro para os fins de comprovação quanto ao atendimento de critérios estabelecidos para vacinação contra o COVID-19, que meu familiar (nome do familiar cuidador) _____, CPF nº _____._____._____ - ____, é cuidador na condição de familiar que presta cuidados domiciliares diretos a (familiar que recebe cuidados) _____

_____,
CPF nº _____._____._____ - ____, que está gravemente enfermo(a), ou com deficiência permanente que incapacite o autocuidado, residente no endereço _____

_____,
CEP: _____._____ - _____, na cidade de Maceió-AL.

Confirmo a veracidade do fato e declaro que estou ciente dos riscos que corro, quando da falsidade de documentos, aplicando-se o Artºs 297 e 298 do Código Penal Brasileiro.

Nome do familiar responsável pela emissão da declaração

CPF _____._____._____ - _____

Telefone para contato: (____) _____ - _____