

MODELO DE AUTODECLARAÇÃO PARA RETORNO AO TRABALHO

Eu, _____,
RG nº _____, CPF nº _____, declaro para fins
específicos, que completei o ciclo vacinal de imunização contra a COVID-19, já
transcorridos mais de trinta dias desta completa imunização. Declaro ainda que me
enquadro nas hipóteses previstas nas orientações do Ministério da Saúde como parte do
grupo de risco para desenvolvimento de complicações da COVID-19, mas minha(s)
comorbidade(s) apresenta(m)-se controlada(s) e estável(is), podendo retornar ao
trabalho presencial. Declaro, por fim, que estou ciente de que a prestação de informação
falsa me sujeitará às sanções penais, cíveis e administrativas previstas em Lei.

_____, ____ de _____ de ____.

Local e data

Assinatura