

Timbrado da instituição

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente instrumento o Sr.(a) _____, brasileiro, estado civil _____, profissão _____, inscrito(a) no CPF sob o n.º _____, trabalhador da instituição _____, filantrópica () rede contratualizada () inscrita no CNPJ sob o n.º _____-____-____, **DECLARO** para todos os fins de Direito e sob as penas da lei, que me enquadro no critério estabelecido pelo Ministério da Saúde para o recebimento das doses de vacina contra o coronavírus (COVID-19) como “Trabalhadores da Saúde” e declaro desempenhar minhas funções profissionais em espaços e locais de assistência e vigilância à saúde.

Por ser verdade, firmo o presente para que surta todos os seus efeitos legais, sob as penas da Lei Civil, Penal e Administrativa.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 2021.

Trabalhador da Saúde
Nome legível: