

Local de Vacinação	
--------------------	--

AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

EU, _____,
CPF _____ ou RG _____

DECLARO PARA FINS DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 SER PESSOA COM DEFICIÊNCIA.

MINHA DEFICIÊNCIA É:

- FÍSICA
- AUDITIVA
- VISUAL
- INTELECTUAL
- MENTAL
- AUTISMO

AFIRMO QUE ESSAS INFORMAÇÕES SÃO VERDADEIRAS E QUE SEI QUE POSSO SER PRESO E PAGAR MULTA SE MENTIR SOBRE A MINHA DEFICIÊNCIA, DE ACORDO AO ARTIGO 299

(FALSIDADE IDEOLÓGICA) DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO:

- SIM NÃO

RIO DE JANEIRO, _____ DE _____ DE 2021

ASSINATURA

OU

DIGITAL