

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 () INTELLECTUAL () MENTAL () AUTISMO

AFIRMO QUE ESSAS INFORMAÇÕES SÃO VERDADEIRAS E QUE SEI QUE POSSO
SOFRER AS PENALIDADES LEGAIS E PAGAR MULTA SE MENTIR SOBRE A MINHA DEFICIÊNCIA,
DE ACORDO AO ARTIGO 299 (FALSIDADE IDEOLÓGICA) E ARTIGO 171 (ESTELIONATO) DO
CÓDIGO PENAL BRASILEIRO: () SIM () NÃO

MARITUBA(PA), _____ DE _____ DE 2021

ASSINATURA

OU

DIGITAL