



AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA PERMANENTE

EU, _____, DATA DE NASCIMENTO ____/____/____, CPF _____, CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG) _____, DECLARO, **PARA FINS DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19**, SER PORTADORO(A) DA SEGUINTE DEFICIÊNCIA.

MARQUE O TIPO DE DEFICIÊNCIA:

- () FÍSICA: limitação motora que cause grande dificuldade ou incapacidade para andar ou subir escadas;
- () AUDITIVA: indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de ouvir mesmo com uso de aparelho auditivo;
- () VISUAL: indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de enxergar mesmo com uso de óculos;
- () INTELLECTUAL/MENTAL: indivíduos com alguma deficiência intelectual permanente que limite as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.

AFIRMO QUE ESSAS INFORMAÇÕES SÃO VERDADEIRAS E QUE ESTOU CIENTE DAS PENALIDADES DO ARTIGO 299 (FALSIDADE IDEOLÓGICA) DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO.

PATOS DE MINAS, _____ DE _____ DE 2021

ASSINATURA LEGÍVEL DO DECLARENTE OU RESPONSÁVEL