

FORMULÁRIO DE DEFICIÊNCIA PERMANENTE AUTODECLARADA

Eu, _____, inscrito(a) sob o CPF nº _____, portador(a) do RG nº _____, responsável pelo menor _____, inscrito(a) sob o CPF nº _____ declaro, para fins de vacinação que o menor ao qual acompanho é portador da deficiência permanente assinalada abaixo:

- () Limitação motora que cause grande dificuldade ou incapacidade para andar ou subir escadas.
- () Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de ouvir mesmo com uso de aparelho auditivo.
- () Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de enxergar mesmo com uso de óculos.
- () Indivíduos com alguma deficiência intelectual permanente que limite as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar.

*A não veracidade dos dados preenchidos neste formulário configura crime de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal).

Goiânia _____ de _____ de 2021.

Assinatura