

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE ADMINISTRATIVA, CIVIL E PENAL

Eu, _____, inscrito(a)
NOME DO SERVIDOR
no CPF/MF nº _____, portador (a) na Carteira de Identidade SSP/_____
NÚMERO UF
nº _____, investido no _____ público de
NÚMERO CARGO OU EMPREGO
_____, lotado(a) na
NOME DO EMPREGO OU CARGO
SEFAZ/_____, residente
SUPERINTENDÊNCIA/ GERÊNCIA/ ETC.
e domiciliado(a) na _____, nº
NOME DO LOGRADOURO
_____,
NÚMERO COMPLEMENTO (NOME DO CONDOMÍNIO, Nº DO APTO ETC.)
Bairro _____,
NOME DO BAIRRO CIDADE UF
considerando o disposto no art. 2º, inciso II, da Resolução nº 1, de 10 de setembro
de 2020, do Comitê Técnico-Científico e de Atividades Especiais - CTCAE, que dispõe
sobre a evolução da Terceira Fase - Bandeira Verde de retomada econômica e aprova
Atividades Especiais previstas no Decreto nº 40.615, de 15 de junho de 2020, com
redação dada pelo Decreto nº 40.652, de 27 de agosto de 2020, aprovada pelo Decreto
nº 40.664, de 10 de setembro de 2020, **DECLARO**, para todos os fins e efeitos legais,
que possuo comorbidade(s) e/ou faço parte de grupo de risco da COVID-19, conforme
relato do Laudo Médico, datado de _____ de _____ de _____ e anexo a
DIA MÊS ANO
esta declaração.

Outrossim, declaro-me ciente e assumo inteira responsabilidade
administrativa, civil e penal por eventual falsidade das informações prestadas e/ou
do(s) documento(s) apresentado(s).

_____, _____ de _____ de _____.
CIDADE DIA MÊS ANO

ASSINATURA (POR EXTENSO)