**DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL**

Eu, **(nome representante legal da criança ou adolescente com até 17 anos, 11 meses e 29 dias)**, portador do CPF/RG NO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_declaro para fins de comprovação para a aplicação da vacina contra Covid-19, que sou o seu representante legal do menor **(nome da crinça ou adolescente)** e que o mesmo possui XX anos conforme certidão de nascimento anexo.

Declaro que as informações acima são verdadeiras e que estou ciente do crime de falsidade ideológica previsto no artigo 299 do Código Penal.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_.