

## PREFEITURA MUNICIPAL DE FORMIGA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE CENTRO MUNICIPAL DE IMUNIZAÇÃO

RUA DR. TEIXEIRA SOARES, 150, CENTRO FORMIGA – MINAS GERAIS CEP 35570-090 TELEFONE: (37) 3329-1141 EMAIL: imunizacaoformiga@gmail.com

## AUTODECLARAÇÃO DA LACTANTE

Eu	_,
inscrita no CPF sob o nº:, declaro nos termos	е
sob as penas da lei, para fins de vacinação contra COVID-19, que esto	วน
amamentando minha criança que tem até 6 meses de idade. Afirmo s	er
verdade, estando ciente que as informações inverídicas fornecidas p	or
mim estarão sujeitas ao crime de falsidade ideológica (art. 299 d	ok
Código Penal).	
Formiga/MG, de	
Assinatura por extenso do declarante.	