

**Autodeclaração de autenticidade do certificado físico de vacinação**

Eu \_\_\_\_\_, RG Nro \_\_\_\_\_

CPF Nro \_\_\_\_\_ declaro que apresentei e/ou enviei meu cartão físico original de vacinação com as duas doses, há mais de 15 dias.

Declaro, por fim, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais, cíveis e administrativas previstas em Lei.

Lavras \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura