



Prefeitura de São José dos Campos
Secretaria de Saúde
Divisão de Vigilância em Saúde
Vigilância Epidemiológica/Imunização
Comitê Imunização COVID 19

**DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO/
FILHOS QUE RESIDEM COM PAIS OU PAIS
QUE RESIDEM COM FILHO**

Eu, _____, R.G. n° _____,
CPF/MF n° _____,

DECLARO o que segue:

(_____, R.G. n° _____,
CPF/MF n° _____,

Reside atualmente no endereço Logradouro
_____, n° _____,

complemente _____,
bairro _____, cep 12 _____ - em São José dos
Campos/SP, conforme Comprovante de endereço anexo em meu
nome.

O declarante e o portador desta declaração, ratificam
a sua veracidade e têm ciência quanto a responsabilidade
criminal em caso de falsidade.

São José dos Campos, _____ de _____ de 2.021.

.....

ASSINATURA DO DECLARANTE

**OBS: DEVERÁ SER ANEXADO CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL
DO DECLARANTE.**