



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

## DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO ATLETAS TEMPORÁRIOS

(REPRESENTANTE DO PROGRAMA)

.....  
CPF/MF N° ....., RG N° ....., abaixo assinado, DECLARA para fins de vacinação COVID- 19 que o (a) Sr. (a)....., nascido (a) em ...../...../..... é atleta regularmente vinculado ao Programa Atleta Cidadão na modalidade de ....., desde a data de ...../...../..... .

São José dos Campos ...../...../.....

---

**(Nome completo, função do representante do programa e carimbo)**

**OBS.: DEVERÁ SER ANEXADO COMPROVANTE DE VÍNCULO COM O PROGRAMA.**