



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO**

AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE

Eu,, portador (a) do CPF nº
....., contratado (a) para o cargo de
....., Edital/20..... declaro, para
fins específicos ao disposto na Portaria nº 113-R, publicada em 02 de outubro de 2020, que:

- () não pertenço ao grupo de risco para COVID-19, de acordo com a Portaria SESA nº 050-R.
() pertenço ao grupo de risco para COVID-19, de acordo com a Portaria SESA nº 050-R.

...../ES,/...../.....

.....
Assinatura do Declarante