



# DECLARAÇÃO PARA CONDIÇÃO DE TRABALHO COMO **CUIDADOR DOMICILIAR DE IDOSO**

CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 - CAMPINAS/SP

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_ e RG \_\_\_\_\_, declaro  
que \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_ e RG \_\_\_\_\_, exerce a  
função de Cuidador Domiciliar de Idoso residente no município de Campinas.

O trabalho foi iniciado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (informar dia, mês e ano da contratação).

Nome do Idoso: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento do Idoso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RG Idoso: \_\_\_\_\_ CPF Idoso: \_\_\_\_\_

Endereço do Idoso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_, na cidade de Campinas/SP.

Grau de parentesco do declarante com o Idoso (quem assina a declaração):

( ) conjugue ( ) filho/filha ( ) o próprio ( ) outro: \_\_\_\_\_

Declaro que no dia da vacinação, haverá a comprovação de que a pessoa idosa que recebe os cuidados é moradora de Campinas.

Declaro que que estou ciente das responsabilidades legais advindas de declaração falsa do desempenho da atividade de Cuidador Domiciliar de Idoso.

Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante

**Nota:** Os cuidadores de idosos são aquelas pessoas que se enquadram na “ocupação de cuidador que integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162”, que **define o cuidador como alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”.**