

**DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO EM GRUPOS PRIORITÁRIOS PARA A VACINAÇÃO
CONTRA COVID-19 CONFORME PLANO ESTADUAL DE IMUNIZAÇÃO**

TRABALHADORES DA SAÚDE

Declaro para os devidos fins que: _____, portador
do CPF: _____, nascido em; ___/___/___, mãe:
_____ é TRABALHADOR DE SAÚDE atuando na
função de: _____ nesta instituição de saúde abaixo descrita:
_____.

Irati, ___ de _____ de 2021

COORDENAÇÃO DA INSTITUIÇÃO (carimbo e assinatura)

**DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO EM GRUPOS PRIORITÁRIOS PARA A VACINAÇÃO
CONTRA COVID-19 CONFORME PLANO ESTADUAL DE IMUNIZAÇÃO**

TRABALHADORES DA SAÚDE

Declaro para os devidos fins que: _____, portador
do CPF: _____, nascido em; ___/___/___, mãe:
_____ é TRABALHADOR DE SAÚDE atuando na
função de: _____ nesta instituição de saúde abaixo descrita:
_____.

Irati, ___ de _____ de 2021

COORDENAÇÃO DA INSTITUIÇÃO (carimbo e assinatura)