

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

TRABALHADORES DA SAÚDE

Cuidador de Idoso

Declaro para os devidos fins que: _____, portador do

CPF: _____, nascido em; ___/___/___, mãe:

_____ é CUIDADOR DE IDOSO e atua na presente data para

esta instituição/família: _____.

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

Cuidador de Idoso

Declaro para os devidos fins que: _____, portador do

CPF: _____, nascido em; ___/___/___, mãe:

_____ é CUIDADOR DE IDOSO e atua na presente data para

esta instituição/família: _____.

Irati, ___ de _____ de 2021

COORDENAÇÃO DA INSTITUIÇÃO (carimbo e assinatura)