

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

**TRABALHADORES DA SAÚDE**

**Estagiário de Curso de Ensino Superior /Técnico**

Declaro para os devidos fins que: \_\_\_\_\_, portador do

CPF: \_\_\_\_\_, nascido em; \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, mãe:

\_\_\_\_\_ é ESTAGIARIO DE CURSO DE ENSINO

SUPERIOR/TÉCNICO e atua na presente data para esta instituição de saúde.

\_\_\_\_\_.

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**

**Estagiário de Curso de Ensino Superior /Técnico**

Declaro para os devidos fins que: \_\_\_\_\_, portador do

CPF: \_\_\_\_\_, nascido em; \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, mãe:

\_\_\_\_\_ é ESTAGIARIO DE CURSO DE ENSINO

SUPERIOR/TÉCNICO e atua na presente data para esta instituição de saúde.

\_\_\_\_\_.

Irati, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
COORDENAÇÃO DA INSTITUIÇÃO (carimbo e assinatura)