

## TIMBRE DA INSTITUIÇÃO

Ofício de Solicitação nº \_\_\_/2021

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

Venho por meio deste solicitar a vacinação contra a COVID-19 para os trabalhadores listados em anexo, lotados nesta instituição de saúde abaixo listada:

Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ:

Endereço:

Telefone para contato da instituição:

Nome de Responsável legal:

CPF do responsável legal:

Telefone para contato do responsável legal:

Sem mais,

---

Nome Responsável Legal (assinatura e carimbo)

# TIMBRE DA INSTITUIÇÃO

## LISTA DE TRABALHADORES

	<b>NOME COMPLETO</b>	<b>CPF</b>	<b>FUNÇÃO</b>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			