**TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO**

**Nome da Instituição**

**D E C L A R A Ç Ã O**

 Declaramos para fins de cadastro no Vacina Riacho, que **(NOME DO PROFISSIONAL)**, R.G. nº **(NÚMERO DO REGISTRO GERAL)**, portador do C.P.F. nº **(NÚMERO DO CPF)**, exerce o cargo/ função de **(CATEGORIA PROFISSIONAL)**, vínculo **(Tipo de contrato de trabalho: CLT, CONTRATO TEMPORÁRIO, etc.)**, na(o) **(NOME DO SERVIÇO / INSTITUIÇÃO)**, localizada no endereço **(logradouro, número, bairro, cidade)**, CNAE nº **(Número do CNAE)**, CNPJn° **(Número do CNPJ)** fazendo parte do grupo de Trabalhadores Industriais, que considera como aptos a serem vacinados os trabalhadores empregados de empresas industriais e de construção civil, conforme orientações da CGPNI/DEIDT/SVS/MS sobre os grupos prioritários de trabalhadores essenciais.

Riacho das Almas, XX de junho de 2021.

**NOME DA CHEFIA RESPONSÁVEL PELA DECLARÇÃO**

**CARGO/FUNÇÃO QUE OCUPA NA INSTITUIÇÃO**

**Nº DO CPF**