

## DECLARAÇÃO

Declaramos para a finalidade da aplicação da Dose de Reforço da Vacina Contra Covid-19 - Categoria Profissional de Saúde - que o (a) Sr.(a): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
inscrito (a) no CPF \_\_\_\_\_ e no RG \_\_\_\_\_ é funcionário (a)  
dessa empresa do segmento de \_\_\_\_\_,  
situada à Rua \_\_\_\_\_ no Município de Colombo - PR,  
desempenhando a função de \_\_\_\_\_.

O (A) mesmo (a) recebeu a 2ª Dose ou Dose Única da Vacina Contra Covid-19 no  
dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Confirmo os dados descritos acima, como verdadeiros.

---

Assinatura do Responsável

Carimbo com CNPJ e nome da empresa