## MUNICÍPIO DE DOIS VIZINHOS - PR S E C R E T A R I A M U N I C I P A L D E S A Ú D E Av. Dedi Barichelo Montagner, 425 Fone/Fax (046)3581-5700 e-mail: saúde@doisvizinhos.pr.gov.br

## DECLARAÇÃO PARA VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA

Ει	l,					,	abaixo
assinado	, portador	do	RG			_ е	CPF
		na	qualidade	de	responsável	legal	pelo
estabele	cimento:						
Ra	nzão social/non	ne					
No	me Fantasia _						
CI	NPJ/CPF			A	Atividade		
CI	NES		_				
Er	dereço			, Nı	úmero	·	
Te	lefone/Celular_			, ε	e-mail		<u></u> .
De	eclaro que os p	orofissio	nais abaixo	descrit	tos fazem parte	da equ	uipe do
estabele	cimento acima	citado:					
No	ome:						
CF	PF:						
Fu	nção:						
No	ome:						
CF	PF:						
Fu	nção:						
No	ome:			-			
CF	PF:						
Fu	nção:						
E,	por ser a expre	essão d			os a presente de		

Assinatura do Representante Legal