

DECLARAÇÃO PARA VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA

Eu, _____, abaixo assinado, portador do RG _____ e CPF _____ na qualidade de responsável legal pelo estabelecimento:

Razão social/nome _____

Nome Fantasia _____

CNPJ/CPF _____ Atividade _____

CNES _____

Endereço _____, Número _____.

Telefone/Celular _____, e-mail _____.

Declaro que os profissionais abaixo descritos fazem parte da equipe do estabelecimento acima citado:

Nome: _____

CPF: _____

Função: _____

Nome: _____

CPF: _____

Função: _____

Nome: _____

CPF: _____

Função: _____

E, por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Dois Vizinhos, ____/____/____

Assinatura do Representante Legal