

ANEXO 1 - Declaração de vínculo do trabalhador de apoio ao serviço de saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
EQUIPE DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
NÚCLEO DE IMUNIZAÇÕES



DECLARAÇÃO DE VÍNCULO DO TRABALHADOR DE APOIO AO SERVIÇO DE SAÚDE

Eu, _____
(CPF nº _____), DECLARO que exerço minhas funções de
TRABALHADOR DE APOIO na área/ função _____ no
serviço de saúde _____ (nome do serviço de
saúde), CNES ou Alvará de Saúde nº _____ localizado no endereço
_____, no município
de Porto Alegre/RS, e que tem como responsável técnico/empregador
_____. DECLARO estar
ciente de que eventual informação falsa poderá ensejar responsabilidade nas esferas
civil, administrativa e criminal, inclusive a caracterização do crime de falsidade
ideológica, nos termos do art. 299 do Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940
(Código Penal).

Local e Data

Nome e assinatura do empregado/ trabalhador de apoio

Nome e assinatura do empregador/responsável técnico do serviço de saúde

Observação: tem que apresentar junto um documento de identidade e um comprovante do vínculo empregatício (carteira ou contrato de trabalho vigente com o serviço de saúde), além do comprovante de endereço e ficha CNES do serviço de saúde.