

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 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