

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE



Unidade de Vigilância Epidemiológica Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis

ANEXO 1 - Declaração de vínculo do trabalhador da educação

DECLARAÇÃO DE VÍNCULO ATIVO DO TRABALHADOR DA EDUCAÇÃO

Eu,									· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	,
CPF nº				_, na fu	nção de					
(empregador/responsável		da	inst	ituição		de	er	isino)	da	
					(nor	me c	da	instituição	o de	ensino),
DECLARC) que									· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
(nome d	o trabalhador	da	educaç	ão) , C	PF n°					é
TRABALHADOR(A)			DA			EDUCAÇÃO da(o)				
			(c	reche;	pré-esc	ola; e	ensi	no funda	menta	ıl; ensino
médio;	profissionaliza	ante	е	EJA;	ou	е	ensir	าо รเ	ıperior), na
função							D	eclaro,	ainda,	que a
referida	instituição	de	ensin	о е	stá	localiz	zado	o(a) n	0	endereço
					, <u> </u>					
(logradour	o/rua, número e	bairr	o), no mu	ınicípio	de Porto	Aleg	re/R	RS.		
DECLARO	estar ciente de	que e	eventual ir	nformaçã	ăo falsa _l	poderá	á en	sejar resp	onsabi	lidade nas
esferas civi	l, administrativa	e crim	inal, inclu	sive a ca	aracteriza	ação d	o cri	me de fals	idade i	deológica,
nos termos	do art. 299 do D	ecreto-	-Lei n 2.84	48, de 7	de dezen	nbro d	le 19	40 (Códig	o Pena	ıl).
				_ocal e D	ata		-	_		
	Nama				- / 4 l ll			~-		
	Nome	e assin	atura do er	mpregado	o/ trabama	idor da	eau	caçao		
Nom	e, assinatura e car	imbo (s	se houver)	do empre	egador/res	ponsá	vel d	a instituição	de ens	sino
Observação	o: Esta declaraçã	o deve	e ser abre	esentada	iunto a	um da	ocum	nento de i	dentida	de do

trabalhador. A declaração deverá ser retida pelo serviço vacinador.