



ANEXO 2 - Declaração de vínculo do trabalhador de apoio ao serviço de saúde

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