



Prefeitura Municipal de
Três Pontas "Terra do Padre Victor"
Cnpj: 18.245.167/0001-88

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO DE VÍNCULO – INDÚSTRIA

Declaramos para fins de comprovação quanto ao atendimento de critérios estabelecidos para a vacinação contra COVID-19, que o(a) Sr(a). (nome) _____
_____, (profissão/cargo) _____,
inscrito(a) no CPF nº _____, é funcionário(a)/ Sócio(a), tendo vínculo ativo
nesta Indústria (Nome da instituição) _____, inscrita no
CNPJ nº _____, que desenvolve atividade industrial
(Descrição do CNAE / Atividade Econômica) _____, com
CNAE – Classificação Nacional de Atividades Econômicas nº (Número do CNAE XX.XX-X-XX)
_____ e estabelecida no Município de: _____MG,

(Endereço Completo - escrever exatamente o endereço da unidade em que o funcionário está lotado na empresa – município em que a empresa está instalada).

Por fim, declaro, sob responsabilidade civil e criminal, que tenho conhecimento que neste momento os trabalhadores industriais foram autorizados pelo Governo do Estado de Minas Gerais a serem vacinados por serem grupo prioritário definido em informe do Ministério da Saúde e Regulamentado na Comissão Interinstitucional Bipartite – CIB.

Três Pontas ____ / ____ / ____ .

Assinatura do Declarante

Assinatura do empregador / Indústria