



PREFEITURA DE  
**Serra Talhada**  
CUIDANDO DE VOCÊ



## 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: \_\_\_\_\_ -PE,  
\_\_\_\_\_

(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 Pernambuco a serem vacinados por serem grupo prioritário definido em informe do Ministério da Saúde e Regulamentado na Comissão Interinstitucional Bipartite - CIB.

Serra Talhada \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do empregador / Indústria