

ANEXO II

LISTAGEM DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E PROFISSIONAIS DE ILPIS A SEREM VACINADOS CONTRA A COVID-19 - FASE 1 DO PLANO MUNICIPAL DE VACINAÇÃO DE PORTO ALEGRE

Nome da instituição:

CNPJ:

Nome do responsável/representante legal:

Nome completo	CPF	Vínculo (trabalhador / residente)	Função (se trabalhador)	Data de início do respectivo vínculo (início da residência ou do vínculo de trabalho)

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES CONSTANTES NA LISTAGEM DAS PESSOAS A SEREM VACINADAS CONTRA A COVID-19 NA FASE 1 DO PLANO MUNICIPAL DE VACINAÇÃO DE PORTO ALEGRE

Eu, _____ (CPF n°
_____), DECLARO que as informações apresentadas na listagem
para a execução do plano municipal de vacinação no estabelecimento denominado
_____ (CNPJ n°. _____)
são verídicas e que estou ciente de que eventual informação falsa poderá ensejar
responsabilidade criminal, civil e administrativa.

(local e data)

(assinatura do responsável)