

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 _____ (nome do serviço de saúde), localizado no endereço _____, no município de Gravataí/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: tem que apresentar junto um documento de identidade e um comprovante do vínculo empregatício (carteira ou contrato de trabalho vigente com o serviço de saúde), além do comprovante de endereço.