PREFEITURA MUNICIPAL DE TELÊMACO BORBA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRÉ CADASTRO DO ESTABELECIMENTO DE ENSINO SUPERIOR

CNPJ: _____

RAZAO SOCIAL: _____

NOME FANTASIA:_____

ENDEREÇO:_____

TELEFONE: _____ E-MAIL: _____

NOME E CPF DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:_____

MODALIDADE: ( ) PRESENCIAL ( ) EAD ( ) SEMIPRESENCIAL

Relação de Trabalhadores de Educação do Ensino Superior com vinculação ativa com o serviço. **Não vacinados***			
NOME COMPLETO	IDADE	CPF	FUNÇÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE TELÊMACO BORBA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

NOME COMPLETO	IDADE	CPF	FUNÇÃO

Telêmaco Borba, _____ de _____de 2021.

_____

Responsável/ Carimbo e Assinatura

**Os dados preenchidos são de responsabilidade exclusiva do estabelecimento, que só deve listar o nome de funcionários com vínculo ativo com o local de trabalho. assinalando a veracidade e autenticidade das informações descritas, sob pena de responsabilização*