



## CERTIFICADO DE TRABAJADOR ESENCIAL PARA VACUNA ANTI SARS-CoV-2

DATOS DE LA INSTITUCIÓN QUE EXPIDE EL CERTIFICADO	
<b>Departamento:</b>	<b>Distrito:</b>
<b>Institución:</b>	
<b>Fecha de solicitud:</b>	
DATOS DEL TRABAJADOR	
<b>Nombre y Apellido completo:</b> _____	
<b>Número de CI:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>Edad (en años):</b>  _ _  años
<b>Marque el grupo de trabajador esencial al cual pertenece:</b>	
<input type="checkbox"/> Docentes	
<input type="checkbox"/> Fuerzas Armadas	
<input type="checkbox"/> Policías	
<input type="checkbox"/> Bomberos	
<input type="checkbox"/> Secretaria de Emergencia Nacional	
<input type="checkbox"/> Visitadores médicos	
<input type="checkbox"/> Trabajadores del transporte	
<input type="checkbox"/> Trabajadores de Puntos de Entrada al país (DINAC y Migraciones)	
<input type="checkbox"/> Comunicadores	
<b>Observación:</b>	

\_\_\_\_\_  
Firma y sello Institucional