



**CERTIFICADO DE TRABAJADOR PRIORIZADO  
PARA VACUNA ANTI SARS-CoV-2**

DATOS DE LA INSTITUCIÓN QUE EXPIDE EL CERTIFICADO	
Departamento:	Distrito:
Institución:	
Fecha de solicitud:	
DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre y Apellido completo: _____	
Número de CI:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Edad (en años):  _ _  años
<b>Marque el grupo de trabajador esencial al cual pertenece:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Docentes (todos los niveles)</li><li><input type="checkbox"/> Policía Nacional</li><li><input type="checkbox"/> Fuerzas Armadas</li><li><input type="checkbox"/> Bomberos</li><li><input type="checkbox"/> Guardias Penitenciarios</li><li><input type="checkbox"/> Fiscalía</li><li><input type="checkbox"/> Comunicadores</li><li><input type="checkbox"/> Poder Judicial</li></ul>	
Observación:	

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