



**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
Marque el grupo de trabajador esencial al cual pertenece: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Docentes (todos los niveles)<input type="checkbox"/> Policía Nacional<input type="checkbox"/> Fuerzas Armadas<input type="checkbox"/> Bomberos<input type="checkbox"/> Guardias Penitenciarios<input type="checkbox"/> Fiscalía<input type="checkbox"/> Comunicadores<input type="checkbox"/> Poder Judicial	
Observación:	

Firma y sello Institucional