



CERTIFICADO DE TRABAJADOR ESENCIAL

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:	
<input type="checkbox"/> Docentes	
<input type="checkbox"/> Fuerzas Armadas	
<input type="checkbox"/> Policías	
<input type="checkbox"/> Bomberos	
<input type="checkbox"/> Secretaría de Emergencia Nacional	
<input type="checkbox"/> Trabajadores de transporte	
<input type="checkbox"/> Visitadores médicos	
<input type="checkbox"/> Trabajadores de Puntos de Entrada al país (DINAC, Aduanas y Migraciones)	
<input type="checkbox"/> Comunicadores	
<input type="checkbox"/> Secretaría Nacional Antidroga	
<input type="checkbox"/> Ministerio Público	
<input type="checkbox"/> Supermercados	
<input type="checkbox"/> Farmacias	
<input type="checkbox"/> Funerarias	
Observación:	

Firma y sello Institucional