**Certificado de Vacunación**

*Declaro y atestiguo que el registro oficial que he adjuntado o cargado es una copia de mi registro de vacunación personal y que la información incluida en ese documento es verdadera, según mi leal saber y entender. Entiendo que es un delito según la ley federal usar, comprar, vender o transferir una tarjeta de vacunación de los CDC sabiendo que es fraudulenta. La violación de esta ley federal se castiga con una multa o prisión de hasta cinco años. 18 U.S.C. SEGUNDO. 1017. Además, entiendo que, según lo dispuesto en la presentación de información falsa por escrito relacionada con mi estado de vacunación es castigable de conformidad con la Sección 53a-157b de los Estatutos Generales de Connecticut con una multa de no más de $ 2,000 o encarcelamiento de no más de un año.*

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Titulo Professional:

Nu. de Empleado:

Agencia o Dept.

Supervisor:

Correo Electrónico:

Tel. Celular: Tel. de Casa: Tel. de Trabajo

Si no tiene acceso a un teléfono inteligente o computadora, puede enviar su información por correo electrónico a Statecovid@wellsparkhealth.com o por fax al 860-678-5207 o al 860-678-5229. Incluya prueba de vacunación. Incluso si solo está parcialmente vacunado, incluya también esa información.

Entiendo y acepto que la información enviada se utilizará para determinar mi cumplimiento con los requisitos de exención, vacunación y pruebas de COVID-19 de mi empleador. Por la presente autorizo ​​a WellSpark Health, Inc., a compartir la información enviada con los representantes de Recursos Humanos de mi empleador.

Firma de Empleado: ­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_