

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO DE MENOR DE 18 ANOS

Eu, _____, R.G. nº _____,
CPF/MF nº _____, AUTORIZO: _____
R.G. nº _____, CPF/MF nº. _____, reside
atualmente no endereço Logradouro _____ nº _____,
complemento _____, bairro _____, CEP _____-_____,
no município _____, a receber o imunizante contra a COVID-19
sem a minha presença.

O declarante e o portador desta declaração, ratificam a sua veracidade e têm ciência quanto a responsabilidade criminal em caso de falsidade.

_____, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO DECLARANTE

(idêntica ao documento cópia apresentada)

OBS: DEVERÁ SER ANEXADO CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL DO DECLARANTE.

ASSINATURA DO ADOLESCENTE A SER VACINADO

(idêntica ao documento original apresentado)