

DECLARAÇÃO DA MÃE, PAI OU RESPONSÁVEL

Eu, _____
inscrito sob o CPF nº _____, residente no endereço

_____, declaro que possuo o vínculo familiar como _____ do
(a) adolescente _____ inscrito
sob o CPF nº _____ e sob minha responsabilidade,
autorizo sua vacinação e compreendi os aspectos relacionados à vacinação.

Assino este termo de assentimento estando ciente que diante do surgimento de dúvidas quanto ao processo de vacinação poderei buscar esclarecimentos no serviço de saúde da minha área de abrangência, além de procurar a unidade de referência, caso apresente alguma reação.

Assim, declaro que concordo e autorizo a vacinação contra a COVID-19 e Influenza (Gripe) do (a) adolescente. O declarante e o portador desta declaração, confirmam a sua veracidade e têm ciência quanto à responsabilidade criminal em caso de falsidade

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Marechal Deodoro, Alagoas.
Data: _____ de junho de 2023.