

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO DE MENORES

Eu,,

R.G. nº, CPF/MF nº,

AUTORIZO:

R.G. nº,

CPF/MF nº,

Reside atualmente no endereço Logradouro

....., nº,

complemento,

bairro, cep-..... em Fazenda Rio Grande/Pr, conforme

Comprovante de endereço anexo, a receber o imunizante contra o Covid-19

Sem a minha presença.

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

Fazenda Rio Grande, de de 2023.

.....

ASSINATURA DO DECLARANTE
(idêntica ao documento cópia apresentada)

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

Este documento deverá ser arquivado na Unidade de Saúde de atendimento.