

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA VACINAÇÃO

Eu,

_____,
inscrito sob o CPF _____ declaro que compreendi
os aspectos relacionados à vacinação do (a) _____
menor _____,
inscrito sob o CPF/SUS _____ e sob minha
responsabilidade, autorizo sua vacinação, e estou ciente que diante do
surgimento de dúvidas quanto ao processo de vacinação poderei
buscar esclarecimentos no serviço de saúde em que foi realizada a
vacinação. Assim, declaro que concordo e autorizo a vacinação contra
a COVID-19 do (a) menor.

Local: _____/SP

Data: ___/___/2022

Assinatura do Representante Legal

