

Termo de consentimento para vacinação de adolescente menor de 18 anos

Eu,,
portador do CPF nº, autorizo (nome completo do
adolescente),
com data de nascimento em/...../....., residente na cidade de
....., a receber o imunizante contra a Covid-19.

Relação de parentesco: () mãe () pai Outro:

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

Santa Maria, de de

Assinatura do responsável

Assinatura do adolescente