

TERMO DE CONSENTIMENTO E COMPROMETIMENTO PARA VACINAÇÃO DE MENOR DE 18 ANOS

Eu, _____,

RG _____, CPF _____ responsável pelo/a menor, autorizo o/a

_____ RG _____, CPF _____,

residente no endereço _____, nº _____,

complemento _____, Bairro _____ no Município de Lagoa Santa - MG, a

receber o imunizante contra o Covid-19.

O declarante e o portador desta declaração ratificam a veracidade das informações supracitadas e têm ciência quanto à responsabilidade criminal em caso de falsidade.

Em caso de menor de **18 anos**, assumo o compromisso de garantir o acompanhamento no ato da vacina:

Pessoalmente

Escola

Outros: Nome: _____ CPF: _____

Lagoa Santa, _____ de _____ de 2021.

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO ADOLESCENTE A SER VACINADO

(idêntica ao documento original apresentado)

OBS: DEVERÁ SER ANEXADA CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL DO DECLARANTE