

ANEXO II

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA VACINAÇÃO DE MENOR DE 18 ANOS

Eu _____ (nome do pai/mãe ou responsável legal),
_____, RG nº _____,
_____, CPF nº _____,
autorizo: _____,
RG nº _____, CPF nº _____,
_____, a receber a vacina contra a COVID-19,
imunizante PFIZER, na campanha de vacinação de estudantes.

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

_____, _____ de _____ de 2021.

ASSINATURA DO DECLARANTE

OBS: DEVERÁ SER ANEXADO CÓPIA DE IDENTIDADE DO DECLARANTE.

ASSINATURA DO ADOLESCENTE A SER VACINADO