



DECLARAÇÃO – VACINAÇÃO DOS ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS DE IDADE

Eu, _____, portador do CPF Nº _____, responsável pelo menor de idade _____, **AUTORIZO** o mesmo á receber a dose da imunização contra o Coronavírus, conforme liberação no MEMO CIRCULAR Nº 157/2021– DVVPI/ CVIE/DAV que amplia a vacinação para os adolescentes de 12 a 17 anos de idade. Estou ciente dos benefícios da imunização e do retorno do adolescente para a aplicação da 2ª dose, conforme orientação da equipe da sala de imunização.

Assinatura do responsável

Pato Bragado, de _____ 2021.