

## DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA VACINAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito sob o CPF \_\_\_\_\_ declaro que compreendi os aspectos relacionados à participação do (a) menor \_\_\_\_\_, inscrito sob o CPF \_\_\_\_\_ e sob minha responsabilidade autorizo sua vacinação.

Assinei duas vias deste termo de assentimento 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 aplicação da dose. Uma via deste documento, devidamente assinada, foi deixada comigo. Assim, declaro que concordo e autorizo a vacinação contra a COVID-19 do(a) menor.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Nome completo Assinatura