INSTITUTO FEDERAL
São Paulo
Câmpus Cubatão

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO DE MENOR DE 18 ANOS

Eu, _____, R.G. nº. _____, CPF/MF nº. _____, **AUTORIZO** o (a) adolescente _____, R.G. nº. _____, CPF/MF nº. _____ residente atualmente no endereço _____, nº _____, complemento _____, bairro _____, CEP _____ no município de _____, a receber o imunizante contra o vírus Influenza, no dia 06/06/2025, nas dependências do Campus Cubatão do IFSP, sem a minha presença.

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

Cubatão, ... de ... de 2025.

.....

ASSINATURA DO DECLARANTE
(idêntica ao documento cópia apresentada)

OBS: DEVERÁ SER ANEXADA CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL DO DECLARANTE RESPONSÁVEL PELO(A) ADOLESCENTE.

.....

ASSINATURA DO ADOLESCENTE A SER VACINADO
(idêntica ao documento original apresentado)