



NOVA SANTA ROSA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, portador do RG sob nº. _____, inscrito no CPF sob nº. _____, responsável legal do adolescente _____, portador do RG sob nº. _____, inscrito no CPF sob nº. _____, portador do Cartão SUS sob nº. _____, **AUTORIZO** o(a) adolescente a receber a vacina contra a COVID-19, disponibilizada pela Secretaria de Saúde de Nova Santa Rosa/PR.

Ainda, estou ciente que diante do surgimento de dúvidas quanto ao processo de vacinação poderei buscar esclarecimentos junto à Secretaria de Saúde de Nova Santa Rosa.

Assim, declaro que concordo e autorizo a vacinação contra a COVID-19.

Nova Santa Rosa, _____ de Setembro de 2021.

Nome e Assinatura do Responsável Legal