

# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE GASPAR - SC



## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, \_\_\_\_\_ matrícula: \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, função de \_\_\_\_\_, responsável pela Instituição: \_\_\_\_\_ na data \_\_\_/\_\_\_/2021, declaro que disponibilizei a lista de profissionais da área da saúde para receber imunização COVID-19 e assumo a veracidade das informações de que os colaboradores listados abaixo desempenham funções com pacientes e atendimentos em saúde.

*Gaspar, \_\_\_/\_\_\_/2021.*

**Vacinação\_ Covid 19**

Imuno: \_\_\_\_\_

Data 1ª dose: \_\_\_\_\_

Data 2ª dose: \_\_\_\_\_

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
GASPAR - SC**

<b>Nome</b>	<b>CPF</b>	<b>Data Nas</b>	<b>Nome da mãe</b>	<b>Função</b>

---

Assinatura do Responsável pela Instituição