



**INSTITUTO FEDERAL**

São Paulo

Câmpus Cubatão

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO  
DE MENOR DE 18 ANOS**

Eu, \_\_\_\_\_, R.G. n.º \_\_\_\_\_,  
CPF/MF n.º \_\_\_\_\_, **AUTORIZO** o (a) adolescente  
\_\_\_\_\_, R.G. n.º \_\_\_\_\_,  
CPF/MF n.º \_\_\_\_\_ residente atualmente no endereço  
\_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_, complemento  
\_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_ no município  
de \_\_\_\_\_, a receber o imunizante contra ( ) Covid-19 e  
( ) Gripe, no dia 23/06/2022, 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 junho de 2022.

.....

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)