

Termo de Responsabilidade - Carteira de Vacinação

Eu, _____, inscrito(a) no CPF: _____ e
RG: _____, exercendo a função de _____,
no Hospital São Camilo Oncologia.

DECLARO, sob as penas da lei (Decreto Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1.940), estar em dia com todas as vacinas indicadas no calendário vacinal obrigatório proposto pelo Ministério da Saúde para Profissionais de Saúde, bem como aquelas recomendadas pela Empresa, sendo elas: contra Hepatite B, Dupla adulto e SCR (sarampo, caxumba e rubéola) conforme NR 7 e NR 32 e sobre os riscos que as patologias oferecem.

DECLARO também, não ter entregue minha Carteira de Vacinação (por motivo de extravio e/ou outros), razão por que firmo o presente Termo, responsabilizando-me pessoalmente pela veracidade das informações prestadas neste Instrumento, assumindo inteira responsabilidade, civil e criminal, por quaisquer eventos adversos causados a terceiros, bem como para os efeitos do art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Sem mais.

São Paulo, ____ de _____ de 202__.

Assinatura e Carimbo