

Termo de Responsabilidade – Varicela Declaração

Eu _____,
Portador do RG: _____, CPF: _____,
estudante do curso de _____, da Instituição de Ensino – IE
_____, em práticas de ensino na saúde na
unidade _____ / SESA no período de
_____ à _____ de 202____.

Declaro, para comprovação de imunização, que já foi acometido (a) por Varicela.

Fortaleza, _____ de _____ de 202____.

Assinatura do (a) Estudante