

| FORMULÁRIO | | |
|--|-----------------------|-------------|
| TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ATUALIZAÇÃO DA CARTEIRA VACINAL | CÓDIGO: FP.SSO.002 | REVISÃO: 00 |
| | | PÁGINA:1/1 |

Eu _____

CPF: _____ Cargo: _____ Unidade: _____

Declaro que fui orientado nesta data em relação à responsabilidade de manter a minha carteira de Vacinação Ocupacional atualizada e de informar o Setor de Medicina Ocupacional mediante apresentação de cópia da mesma.

Estou ciente de que a Vacinação Ocupacional tem o objetivo de promover a minha saúde na Prevenção de Doenças, tais como: TRIPLICE VIRAL (SARAMPO, CAXUMBA E RUBÉOLA), DUPLA ADULTO (DIFTERIA E TÉTANO), HEPATITE B, FEBRE AMARELA E COVID.

Sendo assim me responsabilizo por qualquer dano causado a minha saúde, caso não siga estas orientações.

Aracaju, ____/____/_____;

Assinatura do candidato/colaborador