

TERMO DE CIÊNCIA DE VACINAÇÃO

Declaro estar ciente das recomendações do Ministério da Saúde de que todos os médicos da Instituição devem apresentar cartão vacinal atualizado que comprove a imunização prévia às vacinas propostas pelo calendário do profissional de saúde (Hepatite B, Sarampo, Caxumba, Rubéola, Tétano, Difteria e Influenza).

São Paulo, _____.

ASSINATURA

Nome Completo: _____

CRM: _____.

Assinatura: _____