

AUTODECLARAÇÃO DE IMUNIZAÇÃO

Varicela (Catapora)

DADOS DO(A) DECLARANTE

Nome completo:

RG:

CPF:

DADOS ACADÊMICOS

Curso:

Instituição de Ensino:

DADOS DO ESTÁGIO/PRÁTICA

Unidade de saúde/SESA:

Período: de

até

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins de comprovação de imunização, que **já fui acometido(a) pela doença Varicela (Catapora)**, estando, portanto, imunizado(a) naturalmente contra esta enfermidade.

Declaro ainda estar ciente de que a presente autodeclaração é feita sob minha inteira responsabilidade e que as informações aqui prestadas são verdadeiras.

Sobral, CE, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Declarante

Este documento constitui uma autodeclaração nos termos da legislação vigente.