



TERMO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDADE PARA IMUNIZAÇÃO DE ESTAGIÁRIO

Eu, _____, do Curso
_____, do(a) _____,

na qualidade de Estagiário da SMS, declaro ter ciência do esquema de imunização ocupacional, conforme o preconizado na Orientação Técnica sobre Vacinação de Estagiários/Residentes da SMS-Rio elaborado pela Coordenação do Programa de Imunizações/SVS/SUBPAV, e total conhecimento referente aos riscos aos quais estarei submetido se atuar no campo de estágio, no período de / /202 a / /202 , com o referido esquema de imunização ocupacional incompleto e que serei responsável por eventuais consequências decorrentes deste fato.

Rio de Janeiro, de de 2024.

Assinatura do Estagiário