ESTABELECIMENTO_____ RESPONSAVEL PELA IMUNIZAÇÃO_____ DATA:____/____/____.

TERMO DE RECUSA

Declaro estar ciente dos benefícios e efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarei exposto por esta RECUSA. Na qual fui orientado (a) por este serviço sendo que por minha responsabilidade estou deixando de ser imunizado. Desta forma, isento este serviço, bem como o órgão de lotação de quaisquer problemas que a falta de imunização possa vir a trazer para minha saúde ocupacional.

NOME	CPF	FUNÇÃO	ASSINATURA