

## Termo de Responsabilidade de Declaração de Saúde: consentimento e Ciência

Considerando minhas condições de saúde (física, odontológica e psicológica); e, considerando estar, em um município de grande vulnerabilidade com carência de recursos e, por vezes, inóspitos, realizando oficinas com a comunidade, eu, \_\_\_\_\_ (nome completo), inscrito no CPF sob nº \_\_\_\_\_, na função de rondonista, **declaro/atesto estar em boas condições de saúde** para participar das atividades propostas, conforme direcionamento da coordenação da OPERAÇÃO GUAICURUS. Para tanto, firmo o presente termo, através do qual DECLARO que estou ciente que a atividade que desenvolver e que necessito estar apto e em condições de boa saúde para desenvolver. DECLARO que fui INFORMADO que devo ter o meu **CARTÃO DE VACINAÇÃO** em dia, como as vacinas da COVID-19, TÉTANO e FEBRE AMARELA.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome legível: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_