



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Opção individual pela não vacinação contra o novo coronavírus (COVID-19)

Eu, _____,
CPF nº _____._____._____-____, na qualidade de servidora pública municipal de Aparecida de Goiânia, matrícula nº _____, declaro nesta para os devidos fins de direito, livre de qualquer vício de consentimento, estar ciente da pandemia do novo coronavírus (COVID-19) e dos potenciais riscos dela advindos a minha saúde, e por decisão de cunho estritamente pessoal, decidi pela opção individual de não vacinação contra o novo coronavírus (COVID-19), estando ciente de que os referidos imunizantes foram, e estão a mim disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia, garantido o ciclo completo de vacinação.

Declaro ainda, livre de qualquer vício de consentimento, observado o disposto na LEI FEDERAL nº 14.311, de 9 de março de 2022, que a partir de **minha opção individual pela não vacinação contra o novo coronavírus (COVID-19)**, retorno as minhas atividades de trabalho de forma presencial, me comprometendo a cumprir todas as medidas preventivas de combate ao novo coronavírus (COVID-19), adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia.

Aparecida de Goiânia, _____ de _____ de 2022.

Ass. da Servidora Gestante