

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E DE LIVRE CONSENTIMENTO PARA**  
**EXERCÍCIO DO TRABALHO PRESENCIAL**

Eu, \_\_\_\_\_ matricula \_\_\_\_\_  
declaro estar ciente de que fui devidamente orientada(o) pelo Departamento de  
Segurança e Medicina do Trabalho, sobre a importância da vacinação contra Covid  
19. Declaro que estou ciente que a vacina é segura e visa imunizar a todos contra o  
vírus da COVID-19.

Entretanto, não aceito me vacinar e assumo todas as consequências por  
minha decisão.

Por fim, comprometo-me a cumprir todas as medidas preventivas adotadas  
pelo empregador.

Local, data.

\_\_\_\_\_

Assinatura colaborador