**TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE**

**REFERÊNCIA: AUSÊNCIA DE LOTE NO CARTÃO DE VACINA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estudante, com RGM nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ regularmente matriculado (a) no Curso de Enfermagem do Centro Universitário do Distrito Federal – UDF, informo que tenho ciência da necessidade e obrigatoriedade de conter o número do lote da vacina aplicada e registrada no meu cartão de vacina, no entanto, não consta o lote na vacina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Desta forma, assumo a responsabilidade em buscar essa informação junto a Unidade Básica de Saúde para atualizar o que se pede e afirmo que as vacinas foram tomadas conforme a data descrita no cartão.

Brasília/DF, xx/xx/2025.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do aluno (a)