

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**

**DECLARAÇÃO DE RESPONSÁVEL POR MENOR DE IDADE**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (NOME COMPLETO), CPF N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RESPONSÁVEL LEGAL pelo/a acadêmico/a da Universidade Federal de Santa Maria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (NOME COMPLETO DO/A ACADÊMICO/A), matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARO que estou de acordo com as informações por ele/a prestadas, bem como com os documentos por ele/a anexados em relação à comprovação do esquema vacinal completo de imunização contra a COVID-19. Estou ciente que a veracidade e validade de tais informações e documentos anexados são de minha inteira responsabilidade.

Santa Maria, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2022.

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

 Assinatura