



FICHA DE DADOS PARA REGISTRO DE AUXILIAR DE MÉDICO VETERINÁRIO

Nome do auxiliar : _____

Endereço: _____

Município : _____ Estado: GO

Telefone fixo: (...) _____ Celular () _____

CPF: _____ R. G. _____ Org. Exp.: _____

ASSINATURA DO AUXILIAR TÉCNICO

Declaro para os devidos fins que o vacinador acima relacionado recebeu treinamento e está apto a realizar a vacinação contra brucelose sob minha inteira responsabilidade técnica e tem ciência que a exposição à vacina da brucelose representa um potencial risco de infecção ao ser humano, por conter cepas de bactérias vivas e atenuadas.

(requerimento deverá ser encaminhado com cópia da documentação pessoal e comprovante de endereço do auxiliar)

ASSINATURA DO MÉDICO VETERINÁRIO SOLICITANTE

Local e data: _____