



COMPROMISSO DE HONRA

PRÁTICA DE ADMINISTRAÇÃO DE VACINAS E MEDICAMENTOS INJETÁVEIS

Eu, _____,
Carteira Profissional _____, declaro, sob Compromisso de Honra, que exerci a Competência em Administração de Vacinas e Medicamentos Injetáveis, no(s) seguinte(s) período(s) e local(is):

- Entre ___/___/___ e ___/___/___, na Farmácia _____, onde participei ativamente na Administração de Vacinas e Medicamentos Injetáveis.
- Entre ___/___/___ e ___/___/___, na Farmácia _____, onde participei ativamente na Administração de Vacinas e Medicamentos Injetáveis.
- Entre ___/___/___ e ___/___/___, na Farmácia _____, onde participei ativamente na Administração de Vacinas e Medicamentos Injetáveis.
- Entre ___/___/___ e ___/___/___, na Farmácia _____, onde participei ativamente na Administração de Vacinas e Medicamentos Injetáveis.

Declaro ainda que, o exercício destas funções foi realizado com responsabilidade, profissionalismo e em conformidade com as orientações técnicas e legais aplicáveis.

Esta declaração é feita para os devidos efeitos legais, sendo verdadeiros todos os dados aqui mencionados, assumindo total responsabilidade pelo conteúdo desta declaração.

_____, ____ de _____ de _____

(assinatura)