



## DECLARAÇÃO

# COMPROVATIVO DA PRÁTICA DE ADMINISTRAÇÃO DE VACINAS E MEDICAMENTOS INJETÁVEIS

Eu, \_\_\_\_\_,  
titular da Carteira Profissional \_\_\_\_\_, Diretor Técnico da Farmácia \_\_\_\_\_,  
sito na \_\_\_\_\_,  
declaro que o farmacêutico \_\_\_\_\_,  
titular da Carteira Profissional \_\_\_\_\_, integra o quadro farmacêutico desta farmácia e tem participado nas ações de vacinação e administração de medicamentos injetáveis que a farmácia tem promovido, no período de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

O Diretor Técnico

\_\_\_\_\_  
(assinatura e carimbo da farmácia)