

**SERVICIO DE
PREVENCIÓN DE
RIESGOS LABORALES
COMPLEJO
ASISTENCIAL DE
ZAMORA**

**AUTORIZACIÓN PARA LA REVISIÓN DEL
CALENDARIO VACUNAL DE ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS**



SERVICIO DE PREVENCIÓN DEL ÁREA DE SALUD DE ZAMORA

Por favor, cumplimenta los datos de esta tabla. Muchas gracias por tu colaboración

DATOS DEL ESTUDIANTE

Nombre:	Apellidos:
Fecha de Nacimiento:	DNI/NIF:
ESCUELA ENFERMERIA ZAMORA	
Email:	CURSO:

INFORMACIÓN

Por la presente, **AUTORIZO** al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Área de Zamora, para la revisión de mi calendario de vacunación, con el objeto de detectar alguna deficiencia en el mismo y así poder corregirla. (Según las Instrucciones de 11/10/2013 del Director Gerente de la GRS de Castilla y León. Apartado Sexto. Acreditación del estado vacunal)

Firma

FECHA: ___ / ___ / ___

He decidido NO AUTORIZAR que se me revise el calendario vacunal

FECHA: ___ / ___ / ___

Firma del sanitario
que informa:

Firma del
Estudiante

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN:**

FECHA: ___ / ___ / ___

Firma del sanitario
que informa:

Firma del
Estudiante