SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA	AUTORIZACIÓN PARA LA REVISIÓN DEL CALENDARIO VACUNAL DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS	Sacyl

SERVICIO DE PREVENCION DEL AREA DE SALUD DE SALAMANCA

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

DATOS DEL ESTUDIANTE	
Nombre: Apellidos: ,	
Fecha de Nacimiento: __//19_	DNI/NIF:
ESCUELA/FACULTAD:ENFEMERIA Y FISIOTERAPIA	
Email:	CURSO:

INFORMACIÓN

Por la presente, **AUTORIZO** al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Área de Salamanca, 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 del sanitario que informa:

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