



DECLARACIÓN RESPONSABLE

DATOS DA PERSOA DECLARANTE			
NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
CORREO ELECTRÓNICO:		TELÉFONO:	
CORPO E ESPECIALIDADE			
CORPO:			
ESPECIALIDADE:			
DATOS DO CENTRO DE DESTINO			
CÓDIGO:	NOME:		
ENDEREZO:			
C.P:	CONCELLO:	PROVINCIA:	

DECLARACIÓN RESPONSABLE:

Declara responsablemente que se lle administrou a vacina fronte á COVID-19 o día.....de.....de 2021 en(indicar o centro de vacinación) e presenta efectos adversos que impiden a súa asistencia ao centro educativo.

SINATURA DA PERSOA DECLARANTE

Lugar e data

, de de

