

Vacunación COVID19 - Medidas preventivas. Curso académico 202X-202X

El/La alumno/a, con DNI , del
 CFGM – Farmacia y Parafarmacia / CFGS – Higiene Bucodental, del grupo-clase , de
..... años de edad.

DECLARO:

Que la Dirección de CNTEC mediante el/la Tutor/a de prácticas
..... me ha informado sobre el peligro de contraer las enfermedades,
COVID19, durante mi formación práctica puesto que puedo tener contacto directo con personas
susceptibles de poder sufrir la enfermedad.

QUE HAGO CONSTAR:

Que **SÍ ESTOY VACUNADO/A DE COVID19** y llevo al día la pauta completa.

Aporto fotocopia de la documentación que así lo testifica.

Que **NO ESTOY VACUNADO/A DE COVID19 A LA QUE HACE REFERENCIA ESTA DECLARACIÓN.**

Es por este motivo que me dirigiré a mi médico/a de cabecera, el/la cual me indicará el procedimiento
a seguir.

Esto lo haré lo más pronto posible, antes de iniciar mi periodo de formación práctica.

En ningún caso las podré iniciar si no cumplo este apartado y no aporto a mi tutor/a de prácticas la
documentación.

Que **NO ESTOY VACUNADO/ADA NI TENGO INTENCIÓN DE VACUNARME.**

Es por este hecho que eximo de cualquier tipo de responsabilidad y reclamación (económica, moral,
etc.) a la Dirección, Profesorado y Titularidad de CNTEC y por extensión en la Generalitat de Catalunya,
Departament d'Educació y a sus representantes en el caso de contraer la citada enfermedad.

Para que así conste, firmo este escrito en, de del 2..... .



ENTERADO/A

Firma del padre / de la madre / del tutor/a

Sr./Sra.

Alumno/a

DNI

DNI

(Hay que firmar solo en aquellos casos en que el alumno/a es menor de edad.)

AVISO LEGAL: En cumplimiento con aquello establecido en la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales según transposición del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en cuanto al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos os informamos que, mediante la cumplimentación del presente formulario, sus datos personales quedarán incorporados y serán tratados en los ficheros de Contactos (Akaud) con el fin de poder prestar y ofrecer nuestros servicios.