

Centre d'Estudis de Catalunya**Vacunació VHB (Hepatitis B) i Tètanus - Mesures preventives. Curs acadèmic 202X-202X**

En/Na..... alumne/a, amb DNI, del

CFPM - Cures auxiliars d'infermeria / CFPM - Atenció a persones en situació de dependència /
 CFPM - Emergències sanitàries / CFPS - Dietètica / CFPS - Documentació i administració
sanitàries / CFPS Integració social, del grup-classe, de anys d'edat.

DECLARO:

Que la Direcció de Centre d'Estudis Catalunya mitjançant la Tutora de pràctiques
..... m'ha informat sobre el perill de contraure les malalties,
hepatitis B i tètanus, durant la meva formació pràctica ja que puc tenir contacte directe amb agents
biològics o amb estris, materials, persones, animals, etc. susceptibles de poder estar contaminats, en el cas
de NO ESTAR VACUNAT/ADA. És per aquest motiu.

QUE FAIG CONSTAR:

Que **SÍ ESTIC VACUNAT/ADA DE LA HEPATITIS B** i porto al dia les **RENOVACIONS DE VACUNACIÓ DEL
TÈTANUS**.

Aporto fotocòpia de la documentació que així ho testimonia, en aquest cas, el **CARNET DE
VACUNACIONS**.

Que **NO ESTIC VACUNAT/ADA DE LES MALALTIES A LAS QUE FA REFERÈNCIA AQUESTA DECLARACIÓ**.

És per aquest motiu que m'adreçaré al meu/meva metge/metgessa de capçalera, el/la qual m'indicarà
el procediment a seguir.

Això ho faré el més aviat possible, abans d'iniciar el meu període de formació pràctica.

En cap cas les podré iniciar si no compleixo aquest apartat i no aporto a la meva tutora de pràctiques el
CARNET DE VACUNACIÓ que constati aquest fet.

Que **NO ESTIC VACUNAT/ADA NI TINC INTENCIÓ DE VACUNAR-ME** d'aquests dues malalties.

És per aquest fet que eximeixo de qualsevol tipus de responsabilitat i reclamació (econòmica, moral,
etc.) a la Direcció, Professorat i Titularitat del Centre d'Estudis Catalunya i per extensió a la Generalitat
de Catalunya, Departament d'Educació i als/a les seus/seves representants en el cas de contraure
qualsevol de les malalties citades anteriorment.

Per que així consti, signo aquest escrit a Barcelona, de del 2..... .

ASSABENTAT/ADA

Signatura del pare / de la mare / del tutor/a

Sr./Sra.

L'alumne/a

DNI

DNI

(Cal signar només en aquells casos en que l'alumne/a és menor d'edat.)

AVÍS LEGAL: En compliment amb allò establert a la Llei Orgànica 3/2018, del 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals segons transposició del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades us informem que, mitjançant l'emplenament del present formulari, les seves dades personals quedaran incorporades i seran tractades als fitxers de Contactes (Akaud) amb la finalitat de poder prestar i oferir els nostres serveis.