

**Vacunación VHB (Hepatitis B) y Tétanos - Medidas preventivas. Curso académico 202X-202X**

El/La ..... alumno/a, con DNI ....., del

CFPM - Cuidados auxiliares de enfermería /  CFPM - Atención a personas en situación de dependencia /  CFPM - Emergencias sanitarias /  CFPS - Dietética /  CFPS - Documentación y administración sanitarias /  CFPS Integración social, del grupo-clase ....., de ..... años de edad.

**DECLARO:**

Que la Dirección de Centre d'Estudis Catalunya mediante el/la Tutor/a de prácticas ..... me ha informado sobre el peligro de contraer las enfermedades, **hepatitis B y tétanos**, durante mi formación práctica puesto que puedo tener contacto directo con agentes biológicos o con herramientas, materiales, personas, animales, etc. susceptibles de poder estar contaminados, en el caso de NO ESTAR VACUNADO/ADA. Es por este motivo.

**QUE HAGO CONSTAR:**

Que **SÍ ESTOY VACUNADO/A DE LA HEPATITIS B** y llevo al día las **RENOVACIONES DE VACUNACIÓN DEL TÉTANOS**.

Aporto fotocopia de la documentación que así lo testifica, en este caso, el **CARNET DE VACUNACIONES**.

Que **NO ESTOY VACUNADO/A DE LAS ENFERMEDADES A LAS 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 apporto a mi tutor/a de prácticas el CARNET DE VACUNACIÓN en el que consta este hecho.

Que **NO ESTOY VACUNADO/ADA NI TENGO INTENCIÓN DE VACUNARME** de estas dos enfermedades.

Es por este hecho que eximo de cualquier tipo de responsabilidad y reclamación (económica, moral, etc.) a la Dirección, Profesorado y Titularidad del Centre d'Estudis Catalunya y por extensión en la Generalitat de Catalunya, Departament d'Educació y a sus representantes en el caso de contraer cualquier de las enfermedades citadas anteriormente.

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

**ENTERADO/ADA**

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.