

## FORMULARIO RECOLLIDA DE DATOS DE PERSONAS QUE SOLICITAN VACINACIÓN FRONTE A VARIOLA DO MONO

### CONSIDERACIÓN

\* É moi importante cubrir o formulario (PDF editable) e gardalo no mesmo formato (non serán admitidos formularios cubertos a man ou escaneados).

\* Unha vez cuberto este formulario é necesario gardalo para poder envialo posteriormente por email ao enderezo de correo electrónico:

[vacina.variola.mono@sergas.es](mailto:vacina.variola.mono@sergas.es)

**Puntos de vacinación (Servicio de medicina Preventiva dos seguintes hospitais):** Hospital Arquitecto Marcide de Ferrol, Hospital Universitario de A Coruña, Hospital Virxe da Xunqueira de Cee, Hospital da Barbanza, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Hospital Lucus Augusti de Lugo, Hospital da Costa de Burela, Hospital Comarcal de Monforte, Hospital de Verín, Hospital Comarcal de Valdeorras, Complexo Hospitalario de Ourense, Hospital Montecelo de Pontevedra, Hospital Comarcal do Salnés, Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo.

### DATOS NOMINAIS

Nome:	
1º Apelido:	
2º Apelido:	
Data de nacemento:	
DNI:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	
Hospital no que solicita a vacinación:	

### DECLARACIÓN RESPONSABLE

En calidade de interesado, declaro que os datos aportados neste formulario son certos.	
Data declaración:	
Lugar:	