**Declaració responsable per a la vacunació contra la COVID-19**

**Dades personals**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom i cognoms | NIF |
|  |  |
| TIS | Telèfon de contacte |
|  |  |
| Col·legi professional o professió |  |

**Dades del/de la responsable del centre de treball\***

|  |  |
| --- | --- |
| Nom i cognoms | NIF |
|  |  |
| Nom centre de treball | Telèfon de contacte |
|  |  |

\*Els professionals amb exercici lliure no vinculat a un centre concret poden complimentar aquest apartat indicant al centre de treball “exercici lliure”

Declaro, responsablement, que

* Pertanyo a un col·lectiu professional prioritzat per a la vacunació contra la Covid-19 en el moment indicat segons les recomanacions de vacunació del Departament de Salut.
* Que tinc menys de 56 anys.
* Que no pateixo immunosupressió greu, malaltia cardiovascular no controlada, malaltia hepàtica, renal, metabòlica/endocrina i neurològica greus.

**Documentació obligatòria**:

En cas de pertànyer a un col·lectiu sanitari, cal portar el dia de la vacunació la declaració responsable i el carnet del col·legi professional o document acreditatiu de treball.

En cas de pertànyer a un col·lectiu essencial, caldrà portar la documentació acreditativa corresponent.

Signatura

Lloc i data