**AUTORIZACION TIPO**

**¿Cuándo se vacunará?**

El día 22 de OCTUBRE del presente año se realizara la vacunación que va dirigida a la población de niñas/os de educación escolar básica.

**¿Dónde se vacunará?**

|  |  |
| --- | --- |
| Colegio | Los Aromos |

**¿Qué establecimiento es el responsable de la vacunación?**

|  |  |
| --- | --- |
| Equipo de Vacunatorio del CESFAM: | **Dr. Alejandro del Río** |

**Información del alumno**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre alumno: |  |
| Rut: |  |
| Edad: |  |
| Nombre Apoderado/Tutor: |  |
| Rut: |  |
| Firma: |  |
| Teléfono de contacto: |  |

**Declaro que he leído la información contenida en el presente documento y autorizo la administración de la vacuna CoronaVac a mi hijo o pupilo:**

SI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_