GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

Solicitud Usuario del Sistema de Información Vacunal

Tipo de Solicitud:

ALTA ☐ MODIFICACIÓN ☐ BAJA ☐

Datos de Identificación del Solicitante

NIF	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
_|_|_|_|_|_|_|_|_|	_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DOMICILIO (CALLE y nº)
_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CÓDIGO POSTAL
_|_|_|_|_|

POBLACIÓN / PROVINCIA
_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

F. NACIMIENTO
_|_|/_|_|/_|_|_|_|

TELÉFONO
_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CENTRO
_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DEPARTAMENTO DE SALUD
_|_|

ZONA DE SALUD
_|_|

CATEGORÍA PROFESIONAL
☐ MÉDICO GENERAL ☐ PEDIATRA ☐ ENFERMERÍA ☐ AUX. ADMIN. ☐ OTROS ____________________

El solicitante asume las responsabilidades del uso indebido de la autorización de acceso al Registro de Vacunas Nominal, en especial aquellas derivadas de la normativa de protección de datos en vigor.

Firma del Solicitante	*Firma del Director del Dpto. / Hospital*

En, ________________________________ a ____ de____ de 20__
POBLACIÓN DÍA MES AÑO

Una vez cumplimentado el formulario deberán remitirlo a la Dirección de Atención Primaria del Departamento o a la Dirección del Hospital correspondiente a su centro de trabajo para que una vez firmada por el Director lo remita a la Unidad de Coordinación y Promoción de la Salud. Calle Micer Mascó 31. Código postal 46010. Valencia