

## Vacunació escolar a sisè curs d'educació primària

### Dades de l'alumne/a

Nom i cognoms

Data de naixement

Codi de la TSI (targeta sanitària individual)

Nom del centre escolar

Centre de salut de referència (CAP)

### Autorització de l'administració de les vacunes

Nom i cognoms del pare, mare o tutor/a de l'alumne/a

#### Vacuna contra el virus del papil·loma humà (VPH)

Autoritzo la vacunació

No autoritzo la vacunació perquè:

Ja està vacunat/ada

Altres (\*)

#### Vacuna contra l'hepatitis A (HA) (\*\*)

Autoritzo la vacunació

No autoritzo la vacunació perquè:

Ja està vacunat/ada

Ha patit la malaltia

Altres (\*)

#### Vacuna contra la varicel·la (V) (\*\*)

Autoritzo la vacunació

No autoritzo la vacunació perquè:

Ja està vacunat/ada

Ha patit la malaltia

Altres (\*)

#### Vacuna antimeningocòccica conjugada tetravalent (MACWY)

Autoritzo la vacunació

No autoritzo la vacunació perquè:

Ja està vacunat/ada

Altres (\*)

(\*) Especifiqueu-ne els motius a l'apartat d'observacions. (\*\*) Si ha patit la malaltia, no cal administrar la vacuna.

### Observacions

Lloc i data

Signatura del pare, mare o tutor/a

#### Informació bàsica sobre protecció de dades

**Identificació del tractament:** les dades personals contingudes en aquest formulari seran tractades pel centre assistencial que realitzi l'activitat.

**Responsable del tractament:** la persona que determini el centre assistencial que realitzi l'activitat en relació amb el tractament de dades que correspongui.

**Finalitat:** la determinada pel centre assistencial que realitzi l'activitat en relació amb el tractament de dades que correspongui.

**Legitimació:** per consentiment de la persona interessada.

**Destinatari:** les dades es poden incorporar a la història clínica compartida de Catalunya.

**Drets de les persones interessades:** podeu exercir els drets d'accés, rectificació, supressió (dret a l'oblit), oposició al tractament, a la portabilitat de les dades i a la limitació del tractament, amb la presentació d'una sol·licitud en el centre assistencial que realitzi l'activitat, presencialment o bé per mitjans electrònics sempre que es pugui acreditar la identitat del sol·licitant de forma fefaent, amb indicació del dret o drets que s'exerceixen.

**Informació addicional:** si voleu ampliar aquesta informació podeu consultar la [informació addicional](#) del tractament que ha de proporcionar el centre assistencial que realitzi l'activitat.