Servei de Prevenció de la Malaltia
Direcció General de Salut Pública
Telèfon: 971 17 73 32
vacunes@dgsanita.caib.es

CIUTADANIA

FORMULARI DE SOL·LICITUD DEL CALENDARI DE VACUNACIÓ

DADES DE LA PERSONA QUE SOL·LICITA LA INFORMACIÓ
Nom i llinatges: _____
DNI/NIE/Passaport (fotografia per ambdós costats): _____
Telèfon de contacte: _____

DADES DEL REPRESENTANT LEGAL (*completau només si la persona interessada actua per mitjà d'un representant*)
Nom i llinatges: _____
DNI/NIE/Passaport (fotografia per ambdós costats):_____
Parentiu o representació: _____

DOCUMENTACIÓ QUE APORTA
☐ Document d'identitat (sol·licitant)
☐ Document d'identitat (representant legal)
☐ Observacions: