



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA **VACUNACIÓN ANTIGRI PAL UMA-2011** Y LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES.

Gripe
2011

Se ruega leer la totalidad de este escrito antes de rellenar todos los datos solicitados

Manifiesto que he sido informado/a por escrito sobre los beneficios y posibles riesgos que podría suponer la administración de la vacuna antigripal (además de acompañar a la solicitud de inscripción, dicha información también puede encontrarse en la página web <http://www.uma.es/prevencion>).

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a las garantías que fija la **Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos**. De conformidad con la misma, podrán ejercitarse los derechos de acceso, rectificación y cancelación, mediante escrito dirigido al Sr. Secretario General de la Universidad de Málaga, adjuntando copia del documento que acredite su identidad.

Tomando todo ello en consideración y una vez leída la información referida anteriormente, procedo a cumplimentar y firmar este formulario **dando mi CONSENTIMIENTO**.

¡NO DEBERÁN VACUNARSE! :

- *Quienes tengan alergia al huevo.*
- *Quienes estén resfriados.*
- *Aquéllos que sufran un proceso infeccioso febril.*

Apellidos:	Nombre:
¿Se ha vacunado algún otro año en la UMA contra la gripe? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nº. D.N.I.:

Centro de trabajo:	Puesto de trabajo (DEPARTAMENTO / SERVICIO / ÁREA):
<ul style="list-style-type: none"> • PAS: <input type="checkbox"/> • PDI: <input type="checkbox"/> • Becario colaboración: <input type="checkbox"/> • Becario MEC: <input type="checkbox"/> • Becario J.A.: <input type="checkbox"/> • Contratado de Investigación: <input type="checkbox"/> 	E-mail: Tlfno. trabajo : Tlfno. particular:
<ul style="list-style-type: none"> • Mujer: <input type="checkbox"/> • Hombre: <input type="checkbox"/> 	Fdo.:

**LAS VACUNAS ANTIGRI PALES SE ADMINISTRARÁN POR ORDEN DE LLEGADA HASTA FIN DE EXISTENCIAS.
ESTA SOLICITUD, DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADA, SE ENTREGARÁ
DIRECTAMENTE A LA ENFERMERA/O EN EL MOMENTO DE LA VACUNACIÓN.**

