



SOLICITUD

CERTIFICADO DE DATOS VACUNALES

1957-11

Código de identificación * _____

1 - Datos del solicitante

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombre _____
Documento _____ Fecha Nacimiento _____
Via _____ Número _____ Piso _____ Puerta _____
Portal _____ Escalera _____ Km _____ Código Postal _____ Provincia _____
Municipio _____ Localidad _____ Teléfono _____

2 - Datos de la persona objeto de la solicitud (Rellenar en caso de que sea distinta al solicitante)

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombre _____
Documento _____ Fecha Nacimiento _____
Via _____ Número _____ Piso _____ Puerta _____
Portal _____ Escalera _____ Km _____ Código Postal _____ Provincia _____
Municipio _____ Localidad _____ Teléfono _____

3 - Indiquenos cómo desea recibir la información

- Email _____
- Fax _____
- Correo Postal _____

(*) Escriba "desconocido" en caso de no disponer de código. El código de identificación corresponde al de la persona sobre la que se solicita la información vacunal y es un número que aparece en las etiquetas identificativas que figuran tanto en el carné de vacunaciones como en las tarjetas de vacunas.

_____, ____ de ____ de _____

La información personal que va Ud. a proporcionar en este formulario se integrará en un fichero de datos personales destinado a la gestión del procedimiento, actuación o trámite administrativo de que se trate. El responsable de dicho fichero es: Dirección General de Salud Pública, sito en Ronda de Levante, nº 11. 30008-MURCIA, ante el que podrá Ud. ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

ILMO. SR. DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA