

## Autorització per a l'acompanyament de menors d'entre 12 i 15 anys en la vacunació contra la COVID-19

### Dades del pare, la mare o la persona tutora legal

Nom i cognoms \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Telèfon de contacte \_\_\_\_\_

En qualitat de:  Pare  Mare  Tutor/a

### Dades del pare, la mare o la persona tutora legal

Nom i cognoms \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Telèfon de contacte \_\_\_\_\_

En qualitat de:  Pare  Mare  Tutor/a

### Dades de la persona acompanyant

Nom i cognoms \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Telèfon de contacte \_\_\_\_\_

### Dades del/de la menor a qui s'administra la vacuna

Nom i cognoms \_\_\_\_\_ DNI (si en té) \_\_\_\_\_ Telèfon de contacte \_\_\_\_\_

Data de naixement \_\_\_\_\_ CIP (núm. targeta sanitària) \_\_\_\_\_

XX / XX / XXXX

Dosi de vacuna a administrar  Primera dosi  
 Segona dosi

### Declaració

Declaro, de manera responsable, el següent:

- Que autoritzo l'administració de la vacuna contra la COVID-19 al meu fill/a tutelat/ada.
- Que totes les dades facilitades en aquest formulari són correctes i que tinc la pàtria potestat o autorització judicial per poder autoritzar aquesta vacunació.
- Que el/la menor per a qui autoritzo aquesta vacunació no ha patit la COVID-19 (infecció pel SARS-CoV-2) en els darrers 2 mesos.
- Que entenc els riscos i beneficis coneguts i potencials de la vacuna. Informació disponible a: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/v/vacuna-covid-19/ciutadania/vacunes/>
- Que autoritzo la persona designada les dades de la qual figuren en aquest formulari perquè acompanyi el meu fill/a tutelat/ada en l'acte de la vacunació.
- Que el/la menor d'edat té complerta una edat inclosa en la franja d'entre els 12 anys i els 15 anys.
- Que dono el meu consentiment per a l'administració de la corresponent dosi segons la pauta vacunal de la COVID-19 (primera o segona dosi, d'acord amb el que s'especifica a l'apartat corresponent d'aquest formulari).
- Que dono el meu consentiment, i l'autorització corresponent, per realitzar el tractament mèdic necessari en el supòsit que el o la pacient menor pateixi alguna reacció a la vacuna, que pot incloure, entre d'altres, picor, inflamació, desmai, anafilaxi i altres reaccions.
- Que el meu representat/ada i la persona que l'acompanya romandran en l'àrea d'observació durant el temps requerit després de l'administració de la dosi de la vacuna.

### Documentació que cal aportar

- Fotocòpia del DNI de la mare, el pare o la persona tutora legal (de tots els qui atorguen l'autorització).
- Fotocòpia del DNI/NIE del o de la menor (si en disposa).

Municipi \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Signatura (En el cas de més d'un tutor legal, cal la signatura de tots els qui atorguen l'autorització)

El tractament de les dades personals es portarà a terme d'acord amb el que preveuen el Reglament (UE) núm. 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d'abril, relatiu a la protecció de les persones físiques en el que respecta al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades i pel qual es deroga la Directiva 95/46/CE, i la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, i la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica, i la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica, i el Decret llei 8/2021, de 16 de febrer, pel qual s'adopten mesures organitzatives per a l'execució de l'estratègia de vacunació a Catalunya enfront de la COVID-19 i es modifica l'article 2 del Decret llei 12/2020, de 10 d'abril, i les dades s'incorporaran al fitxer de la història clínica.