

Servei de Prevenció de Riscos Laborals

## SOL·LICITUD DE REVISIÓ DE VACUNACIONS

### Dades de l'estudiant/a de Grau en Infermeria

Nom.....

Cognoms.....

Adreça.....

Població.....

Codi Postal..... DNI..... CIP.....

Telèfons (fix i/o mòbil) .....

Adreça electrònica .....

Lloc de naixement .....

Data de naixement .....

Signatura de l'estudiant/a:

Data de sol·licitud: .....

### **Important:**

**Aquest full s'ha de lliurar (de 8 a 14 h), per concertar dia i hora de visita, al Servei de Prevenció de Riscos Laborals (SPRL). Pabelló Sant Frederic -1. (en front de la entrada del carrer Independència). El dia de la visita caldrà portar el Carnet Vacunal Adult i Infantil.**

*De conformitat amb el que disposa la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (LOPD), us informem que les vostres dades de caràcter personal s'incorporaren en un fitxer anomenat "Pacients", titularitat de la Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (FGS), la finalitat és per a gestionar la seva sol·licitud, els destinataris de la informació és el personal del Servei de Prevenció de Riscos Laborals (SPRL) encarregats d'atendre la seva petició. En qualsevol cas, podeu exercir els vostres drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició mitjançant una comunicació escrita al responsable de fitxer de la FGS, a la qual heu d'adjuntar una fotocòpia del DNI, adreçada al Servei d'Atenció a l'Usuari de la FGS, c/Sant Antoni Maria Claret 167, 08025 de Barcelona.*