



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
**BUENOS AIRES**

## AUTORIZACIÓN PARA LA VACUNACIÓN

TEXTO MODELO PARA ACOMPAÑAR LA DECLARACIÓN EN CASO DE QUE NO CONCURRA CON REPRESENTANTE LEGAL

Quién suscribe, en mi carácter de **REPRESENTANTE LEGAL** de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ D.N.I. N° \_\_\_\_\_ **AUTORIZO** A

\_\_\_\_\_ D.N.I. N° \_\_\_\_\_ EN SU

CARÁCTER DE FAMILIAR O REFERENTE AFECTIVO, A ACOMPAÑAR A LA NIÑA/AL NIÑO PARA SU VACUNACIÓN EN EL MARCO DEL PLAN PROVINCIAL PÚBLICO, GRATUITO Y OPTATIVO DE VACUNACIÓN CONTRA COVID-19.

FIRMA: \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

(Imprimir o confeccionar de puño y letra / acompañar fotocopia de DNI del representante legal y del menor).