

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.**