



## DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL PROFESIONAL QUE SOLICITA LA ADMINISTRACIÓN DE LA TERCERA DOSIS DE VACUNA FRENTE A LA COVID-19 EN LAS ILLES BALEARS

Don/Doña....., con DNI.....,

responsable de (empresa, servicio, centro, etc.)

.....,

### DECLARO, bajo mi responsabilidad:

Que las personas que se relacionan en este documento y para las que se solicita una tercera dosis de vacunación frente a la COVID-19 en las Illes Balears cumplen con los criterios establecidos en el GRUPO 7 del Plan de vacunación para hacer frente a la COVID-19 en las Illes Balears.

Y, para que así conste a efectos oportunos

Fecha

....., ..... de..... de 2021

[Firma]

Este documento firmado (firma electrónica o manuscrita escaneada) se remitirá junto con el listado de trabajadores propuestos para recibir la vacuna de la COVID-19 al correo electrónico [llistats.vacunacio@ibsalut.es](mailto:llistats.vacunacio@ibsalut.es)