



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).