

**REF: AUTORIZACIÓN PARA LA VACUNACIÓN TRIPLE
VIRAL**

En Tres Arroyos, Provincia de Buenos Aires, quien suscribe

_____ con DNI N° _____

Responsable parental del menor _____

con DNI # _____ alumno _____ del

Establecimiento Educativo _____ con domicilio real en _____

_____ de la ciudad de Tres Arroyos:

- I) Que en virtud de lo expuesto se dictó la Resolución N° 1167 de fecha 13 de junio de 2022 del MINISTERIO DESALUD mediante la cual se aprobó la Campaña Nacional de Vacunación Contra el Sarampión, Rubéola, Paperas y Poliomielitis en niñas y niños de 1 a 4 años, a desarrollarse en todo el territorio argentino desde el 1° de octubre de 2022 al 13 de noviembre de 2022. Y que todos los niños y niñas comprendidos en ese rango etareo deberán recibir una dosis extra de forma obligatoria, independientemente que posean completo el Calendario Nacional de vacunación. Y que deben agudizarse todas las estrategias entre estado y familias para lograr la erradicación de las enfermedades de la infancia:

II).- AUTORIZO A QUE PERSONAL DEL CENTRO MUNICIPAL DE SALUD DEL PDO. DE TRES ARROYOS APLIQUEN AL MENOR A MI CARGO LA VACUNA CORRESPONDIENTE A LA CAMPAÑA NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA SARAMPIÓN, RUBÉOLA, PAPERAS Y POLIOMIELITIS EN NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 4 AÑOS, APROBADA POR RESOLUCIÓN N° 1167/2022, CON EL PROPÓSITO DE SOSTENER LA ELIMINACIÓN DE SARAMPIÓN, RUBÉOLA, SRC, POLIOMIELITIS Y CONTROLAR LA PAROTIDITIS EN LA REPÚBLICA ARGENTINA,. DE LA MISMA MANERA, FUI INFORMADO QUE LA APLICACIÓN DE LA VACUNA SE ENMARCA EN LA ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN EN ESCUELAS POR LO CUAL SERÁ APLICADA EN LAS INSTALACIONES DEL COLEGIO DURANTE EL HORARIO ESCOLAR EN FECHA QUE SE LE COMUNICARA OPORTUNAMENTE.

Firma de Responsable Parental autorizante: _____

Aclaración de firma: _____

DNI _____

