



Provincia de Santa Cruz

**DECLARACION JURADA para aplicación de vacuna contra COVID-19 -Menores de 13 años –
FAMILIAR O REFERENTE AFECTIVO**

Quien suscribe Sr./a _____ DNI N° _____

Domicilio: _____ de la Localidad de _____ en

pleno conocimiento del acto por el cual presto consentimiento, en mi carácter de FAMILIAR O

REFERENTE AFECTIVO QUE CUENTA CON **AUTORIZACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL** del / la

menor: _____ DNI N° _____

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE ME ENCUENTRO ACOMPAÑANDO AL NIÑO/ LA NIÑA PARA SU VACUNACIÓN EN EL MARCO DEL PLAN PROVINCIAL PÚBLICO, GRATUITO Y OPTATIVO DE VACUNACIÓN CONTRA COVID-19. LA SUSCRIPCIÓN DE LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA GENERA RESPONSABILIDAD LEGAL PARA EL/LA DECLARANTE EN CASO DE QUE RESULTARA CONTRARIA A LA VERDAD, SIENDO PASIBLE DE LAS SANCIONES PENALES, CIVILES O ADMINISTRATIVAS A QUE HUBIERA LUGAR Y QUE ESTABLEZCA LA NORMATIVA VIGENTE. Autorizo a llevar adelante el procedimiento sanitario consistente en la aplicación de la vacuna contra el COVID-19, según lo establecido por el Ministerio de Salud y Ambiente y que los datos que por la presente apporto constituyen un elemento determinante de la voluntad expresada, declarada bajo juramento.

Firma: _____

Aclaración: _____

Lugar y Fecha: _____