**AUTORIZACIÓN**

**VACUNACIÓN CONTRA LA INFLUENZA**

Con fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2022, Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, afiliado/a al Sindicato N°: \_\_\_\_\_\_\_, Funcionario/a de la Facultad o Unidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo a que las personas indicadas en el recuadro de la parte inferior, sean vacunadas contra la influenza en la campaña de vacunación que realiza UDP este año 2022. Además, declaro estar en conocimiento de los síntomas secundarios que esta vacuna puede producir, y en el caso de hijos o hijas menores de edad, asumo totalmente la responsabilidad de la decisión de la aplicación de la vacuna.

**Individualización de las personas que reciben la vacuna contra la influenza, incluyendo al/a funcionario/a.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre** | **Edad** | **Parentesco con el Funcionario/a** | **No completar** | **Estado****No completar** |
| 1  |  |   |  |   |   |
| 2 |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   |   |
| 6 |   |   |   |   |   |
| 7 |   |   |   |   |   |
| 8 |   |   |   |   |   |
| 9 |   |   |   |   |   |
| 10 |   |   |   |   |   |

Respecto de los costos de la/s vacuna/s que son de mi cargo, autorizo a descontar de mi remuneración mensual el valor que corresponda, monto que será descontado en \_\_\_\_\_\_\_\_ cuotas (máximo 2 cuotas), a partir del mes abril de 2022.

Finalmente, en caso de término de la relación laboral, autorizo a descontar el saldo total no pagado en el finiquito correspondiente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del/a Funcionario/a**