|  |
| --- |
| **ANEXO II** |
| **DECLARACIÓN GRUPOS VULNERABLES PARA COVID‐19** |
| **Nome:**  Faga clic ou pulse aquí para escribir o texto.**Apelidos:**  Faga clic ou pulse aquí para escribir o texto.**DNI:**  Faga clic ou pulse aquí para escribir o texto.**Teléfono:** Faga clic ou pulse aquí para escribir o texto.**Correo electrónico:**  Faga clic ou pulse aquí para escribir o texto.**Posto de traballo:**  Faga clic ou pulse aquí para escribir o texto.**Lugar onde se vai realizar o traballo presencial (campus, centro, servizo, laboratorio..):** Faga clic ou pulse aquí para escribir o texto. |
| **Declara estar incluido nalgunha das seguintes situacións (\*):*** **Diabetes**
* **Enfermidade cardiovascular, incluída hipertensión**
* **Enfermidade pulmonar crónica**
* **Inmunodeficiencia**
* **Cancro en fase de tratamento activo**
* **Embarazo**
* **Maiores de 60 años**

**Data: Faga clic aquí ou pulse para escribir una data****(\*) Non é necesario que indique o grupo no que está incluído. Esa información a solicitará o médico**. |
| **Enviar ao Servizo de Prevención de Riscos Laborais da Universidade de Vigo,** **sprl@uvigo.es** |