|  |
| --- |
| **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**](mailto:sprl@uvigo.es) |