|  |
| --- |
| **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 persoal:**  Faga clic ou pulse aquí para escribir o texto.**Categoría e posto de traballo:**  Faga clic ou pulse aquí para escribir o texto.**Centro de traballo:** Faga clic ou pulse aquí para escribir o texto.**Departamento/Servizo/Unidade:** Faga clic ou pulse aquí para escribir o texto. |
| Declara estar incluído nalgunha das seguintes situacións: Diabetes, enfermidade cardiovascular, incluída hipertensión, enfermidade pulmonar crónica, insuficiencia renal crónica, enfermidade hepática crónica severa, obesidade mórbida (IMC>40), inmunodeficiencia, cancro en fase de tratamento activo, embarazo, maior de 60 anos.Non indique o grupo no que está incluído. Esa información solicitaralla o Servizo sanitario do Servizo de Prevención de Riscos (medicouvigo@ibersys.es ou dueuvigo@ibersys.es ).**Data: Faga clic aquí ou pulse para escribir una data** |
| **Enviar ao Servizo de Prevención de Riscos Laborais da Universidade de Vigo,** **sprl@uvigo.es** |