

## DECLARACIÓN RESPONSABLE DE DAÑOS PERSONALES Y/O A TERCEROS DERIVADOS DE LA INOCULACIÓN DE LA VACUNA CONTRA COVID19

NOMBRE AFECTADO:	<input type="text"/>	DIRECCIÓN DOMICILIO:	<input type="text"/>		
APELLIDOS AFECTADO:	<input type="text"/>				
D.N.I. AFECTADO:	<input type="text"/>				
NACIONALIDAD:	<input type="text"/>	TELÉFONO CONTACTO:	<input type="text"/>		
EDAD AFECTADO:	<input type="text"/>	CORREO ELECTRÓNICO:	<input type="text"/>		
FECHA INOCULACIÓN VACUNA:	<table border="1"><tr><td><u>1ª DOSIS</u></td><td><u>2ª DOSIS</u></td></tr></table>	<u>1ª DOSIS</u>	<u>2ª DOSIS</u>	MARCA VACUNA: <i>(Pfizer, Moderna, AstraZeneca, etc.)</i>	<input type="text"/>
<u>1ª DOSIS</u>	<u>2ª DOSIS</u>				

TESTIMONIO: *(escribir con bolígrafo azul)*

Debidamente informado de las acciones legales que la plataforma Salud y Justicia Córdoba llevará a cabo, comparezco en mi propio nombre y/o en nombre de:

D./Dña \_\_\_\_\_ mayor de edad, con DNI \_\_\_\_\_,

natural de (pais, localidad, provincia) \_\_\_\_\_.

Me declaro responsable del testimonio que en este documento expongo y autorizo su uso para aportarlo a las acciones legales pertinentes, junto a los informes médicos que se adjuntan y conforme a la serie de demandas que ante los tribunales de la Administración Pública presente la denominada plataforma ciudadana Salud y Justicia Córdoba.

-----  
*(ESCRIBA AQUI SU TESTIMONIO, JUNTO CON LOS EFECTOS ADVERSOS, Y/O DAÑOS SUFRIDOS A NIVEL FÍSICO Y/O PSICOLÓGICO)  
(Adjunte a este testimonio informe médico relacionado, así como copia de su D.N.I. por el anverso y reverso.) Muchas gracias.*

¿Ha sufrido coacciones para inocularse la vacuna? En caso afirmativo, por favor, escriba que tipo de coacciones ha recibido. Muchas gracias.

Tras lo expuesto, considero del todo punto inadmisibile que se estén vulnerando mis derechos a una atención sanitaria digna y en condiciones, por lo que a través de la presente comunicación y autorización legal doy mi consentimiento para emprender las acciones legales oportunas contra los responsables de aquellos daños y perjuicios que pueda sufrir en primera persona o la persona a la cual respresento en este escrito.

**FIRMA DEL AFECTADO/A:**

*(firmar con bolígrafo azul)*

**FIRMA DEL TUTOR O RESPRESENTANTE DEL AFECTADO/A:**

*(firmar con bolígrafo azul)*

*En caso de ser tutor o representante del afectado/a, por favor, indique su nombre y apellidos, así como su D.N.I.*

**Protección de Datos:** Se informa sus datos se tratarán de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril (GDPR), y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD).