



**FUERZA TERRESTRE**

<b>UNIDAD</b>	<b>U.E. FF.AA. COLEGIO MILITAR No. 1 "ELOY ALFARO"</b>	<b>CODIGO</b>	<b>G.S.</b>
<b>NOMBRE</b>	<b>AUTORIZACIÓN ESQUEMA DE VACUNACIÓN</b>		

Quito, \_\_\_\_\_

SR. TCRN. DE E.M.  
VINICIO R. VIVANCO M.  
**RECTOR**

De mis consideraciones:

Yo \_\_\_\_\_, representante legal de la/del niña (o) \_\_\_\_\_ autorizo a la Unidad Educativa de Fuerzas Armadas Colegio Militar No. 1 "Eloy Alfaro", en cumplimiento a las disposiciones de los entes que nos rigen como el Ministerio de Salud Pública (MSP), referente a las campañas de vacunación, de acuerdo con la edad y como parte del esquema de vacunación para los infantes se administre la dosis que corresponda. Por lo que asumo la total responsabilidad de esta decisión.

Firma.....

Nombre y Apellido.....

C.C.....

**NOTA: FAVOR LLENAR A MANO**