

Главному врачу ГБУЗ НО «ДГП №39  
Советского района г. Н.Новгорода»  
Инне Юрьевне Кондратьевой

от \_\_\_\_\_ (ФИО),  
являющегося законным представителем несовершеннолетнего,  
\_\_\_\_\_ (ФИО),  
паспорт законного представителя \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
тел. законного представителя \_\_\_\_\_

**заявление.**

В соответствии с п.14 приложения 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2021 №1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок», прошу привить моего сына/ мою дочь \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (ФИО ребёнка, дата рождения), адрес проживания: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_  
медицинский полис \_\_\_\_\_, СНИЛС \_\_\_\_\_,  
студента \_\_\_\_\_, **против новой коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2.**

Я проинформирован(а), что вакцинации иммунобиологическим лекарственным препаратом «Спутник М» подлежат подростки от 12 до 17 лет (включительно), не болевшие новой коронавирусной инфекцией и/или переболевшие новой коронавирусной инфекцией, более 6 месяцев назад; вакцина индуцирует формирование гуморального и клеточного иммунитета в отношении коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2; вакцинация проводится в два этапа: вначале компонентом I в дозе 0,5 мл, затем через 3 недели - компонентом II в дозе 0,5 мл.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись законного представителя \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Главному врачу ГБУЗ НО «ДГП №39  
Советского района г. Н.Новгорода»  
Инне Юрьевне Кондратьевой

от \_\_\_\_\_ (ФИО),  
являющегося законным представителем несовершеннолетнего,  
\_\_\_\_\_ (ФИО),  
паспорт законного представителя \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
тел. законного представителя \_\_\_\_\_

**заявление.**

В соответствии с п.14 приложения 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2021 №1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок», прошу привить моего сына/ мою дочь \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (ФИО ребёнка, дата рождения), адрес проживания: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_  
медицинский полис \_\_\_\_\_, СНИЛС \_\_\_\_\_,  
студента \_\_\_\_\_, **против новой коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2.**

Я проинформирован(а), что вакцинации иммунобиологическим лекарственным препаратом «Спутник М» подлежат подростки от 12 до 17 лет (включительно), не болевшие новой коронавирусной инфекцией и/или переболевшие новой коронавирусной инфекцией, более 6 месяцев назад; вакцина индуцирует формирование гуморального и клеточного иммунитета в отношении коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2; вакцинация проводится в два этапа: вначале компонентом I в дозе 0,5 мл, затем через 3 недели - компонентом II в дозе 0,5 мл.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись законного представителя \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_