



MINISTERUL EDUCAȚIEI



INSPECTORATUL ȘCOLAR AL  
MUNICIPIULUI BUCUREȘTI

Nr. 19950/20.09.2021

***În atenția: Inspectorului pentru management instituțional***

***Conducerilor unităților de învățământ preuniversitar de stat și particular***

Vă transmitem, atașată, adresa DSP, înregistrată la Inspectoratul Școlar al Municipiului București cu numărul 19950/2021, referitoare la vaccinarea în școli, prin intermediul echipelor mobile de vaccinare.

**INSPECTOR ȘCOLAR GENERAL,**

**Mihaela ȘTEFAN**



Inspector școlar,

Eleonora Larisa Gojnete

INSPECTORATUL ȘCOLAR AL  
MUNICIPIULUI BUCUREȘTI  
Str. Icoanei nr. 19, Sector 2  
INTRARE NR. 19950

Ziua 06 Luna 09 Anul 2021

Arnei imp. L. Gajdick  
6.09.2021

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII  
DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI



Adresa: str. Avrig nr. 72-74, cod: 21578, sector 2, București – Romania

Tel: 021.252.79.78 ; 021.252.32.16 / Fax: 021.252.55.20

DIRECTOR EXECUTIV

Site: www.dspb.ro/ e-mail: [dspb@dspb.ro](mailto:dspb@dspb.ro)

C ă t r e: Inspectoratul Școlar al Municipiului București



D i n p a r t e a : DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI

Prin prezenta dorim să va informăm cu privire la faptul că Direcția de Sănătate Publică a Municipiului București are posibilitatea să procedeze la vaccinarea în școli, prin intermediul echipelor mobile de vaccinare.

Vaccinarea se va realiza în cabinetul școlar.

Programarea pentru vaccinare se va stabili de către reprezentantul DSPMB pe sector și cel al unității de învățământ, acesta din urmă va transmite o lista cu numele, prenumele și codul numeric personal pentru cei care doresc să se vaccineze, pe adresa de e-mail: [factorimediu@dspb.ro](mailto:factorimediu@dspb.ro).

**Pot fi vaccinați:** personalul unității de învățământ, elevii cu vârsta de peste 12 ani și membrii familiei acestora.

În cazul minorilor este necesar acordul reprezentantului legal/părinte, care va completa formularul atașat.

Cu stimă,

DIRECTOR EXECUTIV  
DR. OANA NICOLESCU



Șef Compartiment  
EFRMVM  
Dr. Angelica Chirică

**Formular consimțământ informat**

**Formular de exprimare a acordului informat al pacientului**

**ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT**

Datele pacientului (minorul)	Numele și prenumele:	
	CNP:	
	Domiciliul/reședința:	
Actul medical (descriere):  Vaccinare anti – SARS- CoV 2 cu vaccin .....		

Subsemnatul, .....(numele și prenumele parintelui/tutorelui/reprezentantului legal), declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către ..... (numele și prenumele medicului / asistentului medical), că am prezentat medicului/ asistentului medical doar informații adevărate și îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical.

Semnatura ..... Data: ...../...../..... Semnătura parintelui/ tutorelui/ reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea actului medical .....
--