



# PRIMERA DOSIS

# VACUNACIÓN COVID-19



**POBLACIÓN CONVOCADA\***

\*Destinado a:  
personas con tarjeta sanitaria  
de SACYL / Mutualistas / Desplazados

**NACIDOS HASTA DICIEMBRE DE 2009  
(12 años cumplidos el día de la vacunación)**



**FECHA**

**3 DE ENERO**



**LUGAR**

**ENTRADA EDIFICIO NUEVO  
HOSPITAL SANTA BÁRBARA  
C/ DOCTOR FLEMING**



**HORARIO**

HORA	MES DE NACIMIENTO
8.30-9.30	Enero – Febrero
9.30-10.30	Marzo – Abril
10.30-11.30	Mayo – Junio
12.00-13.00	Julio – Agosto
13.00-14.00	Septiembre - Octubre
14.00-15.00	Noviembre - Diciembre

**Los menores de 16 años y mayores de 12 deberán ir acompañados de su madre/padre/tutor legal o aportar consentimiento informado, firmado por uno de ellos.**

## IMPORTANTE:

### NO DEBEN ACUDIR

- Personas enfermas de COVID.
- Personas en cuarentena.
- Personas que hayan pasado la enfermedad en el último mes (solo para menores de 65 años).