



**UGELGCH - DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE  
GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL GRAN CHIMÚ-  
CASCAS**

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Cascas, 16 de Marzo de 2024

**OFICIO MULTIPLE N° -2024-GRLL-GGR-GRE-UGELGCH**

**Señor(a) :** \_\_\_\_\_  
**DIRECTOR(A) DE INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE INICIAL  
UGELGCH - UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL GRAN CHIMÚ**

Presente.-

**Asunto :** **SOLICITO BRINDAR AUTORIZACIÓN/FACILIDADES PARA EL INGRESO DEL  
PERSONAL DE SALUD: JORNADA DE VACUNACION**

**Referencia :** OFICIO N° 000220-2024-GRLL-GGR-GRS-RSGCH (15Marzo2024)

Es grato dirigirme a usted para saludarlo/a cordialmente y al mismo tiempo hacer de su conocimiento que, el Ministerio de Salud en coordinación con el Ministerio de Educación, dentro de las actividades de prevención de múltiples enfermedades en la Etapa infantil, estará realizando a nivel Nacional, la **CAMPAÑA DE VACUNACIÓN** denominada "**PONTE AL DÍA EN TUS VACUNAS**", del 18 al 22 del presente mes y año en curso; motivo por el cual se le solicita otorgar la respectiva **AUTORIZACIÓN y FACILIDADES** para el ingreso del Equipo de Profesionales de Salud, que ha sido designado en cada una de instituciones educativas del nivel inicial del ámbito de la provincia Gran Chimú, con la finalidad de poder intervenir a aquellos **NIÑOS(AS) MENORES DE 5 AÑOS que no cuenten con el esquema completo de vacunación**. Para tal efecto se requiere solicitar a los Padres de Familia llevar el Carnet de vacunación de su menor hijo(a) y el consentimiento firmado, de acuerdo al modelo adjunto.

Sin otro particular; y seguros de contar con lo solicitado en beneficio de la salud y bienestar nuestros niños y niñas; hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

Documento firmado digitalmente por  
YLIANA GILMA FATIMA ALVARADO CASTILLO  
UGELGCH - DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL GRAN CHIMÚ- CASCAS  
GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD

c.c.:  
YAC

[www.regionallibertad.gob.pe](http://www.regionallibertad.gob.pe)

**COMPROMISO**  
CON *La Libertad*

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por Gobierno Regional La Libertad, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026- 2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sgd.regionallibertad.gob.pe:8181/verifica/inicio.do> e ingresando el siguiente código de verificación: **LSHKVEG**





**UGELGCH - DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL GRAN CHIMÚ-CASCAS**

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**



Sr. Padre o Madre de familia, a través del presente, le saludamos del área de Inmunizaciones de la Red de Salud Gran Chimú y le hacemos llegar este documento donde usted marcará que vacuna desea que le coloquemos a su menor hijo(a), según la edad que le corresponda, desde el día lunes 18 al viernes 22 de marzo del presente año en su Institución Educativa, para ello por favor indique los siguientes datos:  
Nombre del niño(a): ..... N° de DNI: ..... Edad: .....

- VACUNA CONTRA SARAMPIÓN, RUBEOLA Y PERTRUSIS ( ) VACUNA CONTRA LA POLIOMIELITIS ( )
- VACUNA CONTRA LA DIFTERIA, TETANO Y PERTRUSIS ( ) VACUNA CONTRA EL COVID-19 ( )
- NO DESEO NINGUNA VACUNA ( )

NOMBRE DEL APODERADO: ..... FIRMA: .....



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**



Sr. Padre o Madre de familia, a través del presente, le saludamos del área de Inmunizaciones de la Red de Salud Gran Chimú y le hacemos llegar este documento donde usted marcará que vacuna desea que le coloquemos a su menor hijo(a), según la edad que le corresponda, desde el día lunes 18 al viernes 22 de marzo del presente año en su Institución Educativa, para ello por favor indique los siguientes datos:  
Nombre del niño(a): ..... N° de DNI: ..... Edad: .....

- VACUNA CONTRA SARAMPIÓN, RUBEOLA Y PERTRUSIS ( ) VACUNA CONTRA LA POLIOMIELITIS ( )
- VACUNA CONTRA LA DIFTERIA, TETANO Y PERTRUSIS ( ) VACUNA CONTRA EL COVID-19 ( )
- NO DESEO NINGUNA VACUNA ( )

NOMBRE DEL APODERADO: ..... FIRMA: .....

