

CERTIFICATO DI ESENZIONE VACCINAZIONE ANTI SARS CoV - 2

Si certifica che il/la Sig./a

NOME _____

COGNOME _____

Data di nascita

È

soggetto esente alla vaccinazione anti SARS-CoV-2.

La presente certificazione è valida ai fini dell'accesso ai servizi e attività di cui al comma 1, art. 3 del DECRETO-LEGGE 23 luglio 2021, n 105 e successive modifiche ed integrazioni e, limitatamente ai soggetti di cui all'art. 4, 4 bis, 4-ter, 4-quater del DECRETO-LEGGE 01.04.2021, n. 44, ai fini dell'esonero dall'obbligo vaccinale.

Dott. NOME _____

COGNOME _____

N° ISCRIZIONE ORDINE o CODICE

FISCALE _____

In servizio presso AMBULATORIO VACCINALE di

Oppure MMG VACCINATORE O PLS VACCINATORE PRESSO

Azienda _____

Certificazione

- temporanea, valida fino al ____/____/____ *
- permanente

Timbro e firma (anche digitale) del medico

certificatore

* indicare la data