

**ATTESTAZIONE DI ESENZIONE VACCINAZIONE ANTI SARS - CoV - 2**

Si attesta che il/la Sig./a

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

Data di nascita

\_\_\_\_\_

iscritto nell'elenco dei propri assistiti, con riferimento alle circolari del Ministero della Salute in materia di esenzione alla vaccinazione anti SARS-CoV-2, presenta una condizione clinica di accertato pericolo per la salute che lo esenta dalla vaccinazione anti SARS-CoV-2.

La presente certificazione è valida per i soggetti di cui all'art. 4, 4-bis, 4-ter, 4-quater del DECRETO-LEGGE 01.04.2021, n. 44.

Dott. NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

N° ISCRIZIONE ORDINE \_\_\_\_\_

CODICE REGIONALE \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_

Certificazione

- temporanea, valida fino al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \*
- permanente

Timbro e firma (anche digitale) del medico

\* indicare la data

La certificazione non è valida ai fini dell'accesso ai servizi e attività di cui al comma 1, art. 3 del DECRETO-LEGGE 23 luglio, n.105 e s.m.i.