

CERTIFICAZIONE PER ESONERO ALLA VACCINAZIONE ANTI SARS- CoV-2

Il/la sottoscritto/a dottor/ssa _____

C.F. :

In qualità di :

medico di medicina generale/pediatra di libera scelta

medico vaccinatore centri vaccinali aziendali ed Enti dei Servizi Sanitari Regionali

certifica che il/la signor/a _____

nato/a a _____ il _____

è soggetto esente alla vaccinazione anti SARS-CoV-2.

La presente certificazione è valida per consentire l'accesso ai servizi ed alle attività di cui al comma 1, art. 3 del DECRETO-LEGGE 23 luglio 2021, n 105 fino a tutto il _____ .

_____, lì _____

(firma del medico certificatore)