

CERTIFICAZIONE PER ESONERO ALLA VACCINAZIONE ANTI SARS- CoV-2

Il/la sottoscritto/a dottor/ssa _____

C.F. :

In qualità di :

medico curante di medicina generale/pediatra di libera scelta

medico vaccinatore

certifica che il/la signor/a _____

nato/a a _____ il _____

è soggetto esonerato dalla vaccinazione anti SARS-CoV-2 fino a tutto il _____ ai sensi del comma 2, articolo 1 del decreto – legge 26 novembre 2021, n. 172 come modificato dalla legge di conversione 21 gennaio 2022 n.3.

_____, lì _____

(firma del medico certificatore)