

## 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 esonerato dall'obbligo di vaccinazione anti SARS-CoV-2 fino a tutto il \_\_\_\_\_

ai sensi del comma 2 art. 1 del decreto legge 7 gennaio 2022, n. 1 e s.m.i.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma del medico certificatore)