CERTIFICATO MEDICO DI ESENZIONE
DALLA VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2
(D.L. 26 NOVEMBRE 2021 N.172)

Si attesta che il Sig./ la Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____ Cod. Fiscale _____,

iscritto nell'elenco dei propri assistiti, in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate e nel rispetto delle circolari del Ministero della Salute in materia di esenzione della vaccinazione anti-Covid-19, presenta una situazione di accertato pericolo per la salute che lo esenta dalla vaccinazione anti SARS-COV2

Permanentemente

Temporaneamente, fino al ____/____/____

Luogo _____ lì, ____/____/____

Il medico di medicina generale
quale medico curante del/della predetto/a paziente

Dott./Dott.ssa _____

(Timbro, Firma, Codice regionale, N° iscrizione Ordine)