*Fac simile*

**CERTIFICAZIONE DI ESENZIONE ALLA VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2/COVID-19**

*Rilasciata ai sensi della Circolare del Ministero della Salute prot. 00035209 del 04.08.2021.*

*Soggetto esente alla vaccinazione anti SARS-CoV-2.*

*Certificazione valida per consentire l’accesso ai servizi e attività di cui al comma 1, art. 3 del DECRETO-LEGGE 23 luglio 2021, n 105 e dall’art. 9 e segg. del DECRETO-LEGGE 22 aprile 2021 n. 52 convertito, con modificazioni dalla Legge 17 giugno 2021, n. 87*

**Si certifica che:**

|  |  |
| --- | --- |
| Codice Fiscale, STP o ENI  |  |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Sesso |  |
| Data di nascita |  |
| Comune di residenza/domicilio |  |

a seguito di anamnesi pre-vaccinale eseguita in data \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso:

|  |  |
| --- | --- |
| ASL/AOU/IRCCS/Altra struttura (indicare denominazione) |  |
| Punto Vaccinale (indicare denominazione) |  |
| Centro di sperimentazione (indicare il Centro) |  |
| Comune sede Punto Vaccinale / Centro di sperimentazione |  |

presenta specifiche condizioni cliniche documentate, acquisite in copia per l’inserimento nel sistema informativo vaccinale regionale, che controindicano in maniera □ **PERMANENTE / □ TEMPORANEA**

di □ **RICEVERE / □ COMPLETARE** il ciclo vaccinale Covid previsto per il/i vaccino/i

|  |  |
| --- | --- |
| Vaccino 1 (indicare nome vaccino) |  |
| Vaccino 2 (indicare nome vaccino) |  |

Pertanto il soggetto **è esentato dalla vaccinazione anti SARS-CoV-2**.

La presente certificazione è valida per consentire l’accesso ai servizi e attività di cui al comma 1, art. 3 del D.L. 23 luglio 2021, n. 105 e di cui all’art. 9 e segg. del D.L. 22 aprile 2021 n. 52 convertito, con modificazioni dalla Legge 17 giugno 2021, n. 87.

La presente certificazione **è valida fino al \_\_\_/\_\_\_/2021** (max fino al 30/09/2021).

Il paziente è stato inoltre informato sulla necessità di continuare a mantenere le misure di prevenzione come: usare le mascherine, distanziarsi dalle persone non conviventi, lavare le mani, evitare assembramenti in particolare in locali chiusi, rispettare le condizioni previste per i luoghi di lavoro e per i mezzi di trasporto.

Data rilascio, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma digitale *oppure* timbro e firma autografa del Medico**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

N° di iscrizione all’Ordine/codice fiscale: