

Si attesta che il Sig.

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/...../.....

.....li,/...../.....

Dott.

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