

MODULO PER RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE CLINICA

Gent.mo Sig./a _____

A supporto della sua dichiarazione di condizione clinica la invitiamo a produrre quanto prima:

ENTRO 10 GIORNI documentazione recente (< 3 mesi) specialistica **già in suo possesso**, inerente la condizione patologica da lei riferita, ma al momento non esibita

QUANTO PRIMA (.....giorni) la documentazione specialistica seguente con **espressione di parere specialistico di idoneità/non idoneità alla vaccinazione anti-Covid**

<input type="checkbox"/> allergologica	<input type="checkbox"/> oncologica
<input type="checkbox"/> cardiologica	<input type="checkbox"/> pediatrica
<input type="checkbox"/> chirurgica	<input type="checkbox"/> reumatologica
<input type="checkbox"/> dermatologica	<input type="checkbox"/> altro:
<input type="checkbox"/> ematologica	
<input type="checkbox"/> nefrologica	
<input type="checkbox"/> neurologica	

ENTRO 10 GIORNI la sola **epicrisi** clinica emessa dal suo Medico di Medicina Generale in cui siano attestate le patologie da lei dichiarate.

Per i certificati emessi da medici specialisti oppure dal Medico di Medicina generale, si chiede un recapito (telefono e/o mail) del medico per rendere possibile, in caso di necessità, un confronto con il medico vaccinatore che emette l'esenzione.

Data: _____

Il/i medico/i _____