

Certificazione fine iter valutazione esenzione vaccino COVID 19

Si certifica che il Sig./ra _____

Nato il _____ a _____

Residente a _____

presenta le seguenti condizioni cliniche **documentate**

anteriori a qualsiasi dose di vaccino anti-covid

comparse dopo la _____ dose di vaccino anti-covid _____

L'iter valutativo interno

condiviso con _____

ha portato alla conclusione che tali condizioni cliniche:

NON controindicano in maniera temporanea/permanente la vaccinazione anti Covid 19 o il completamento del suo ciclo vaccinale

controindicano in maniera **temporanea** la vaccinazione anti Covid 19 o il completamento del suo ciclo vaccinale

controindicano in maniera **permanente** la vaccinazione anti Covid 19 o il completamento del suo ciclo vaccinale

IN CASO DI NON ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE, SI RACCOMANDA DI MANTENERE LE MISURE DI PREVENZIONE ANTI-COVID-19 E DI RISPETTARE LE CONDIZIONI PREVISTE PER I LUOGHI DI LAVORO ED I MEZZI DI TRASPORTO.

Data _____

Il/i medico/i (Cognome, nome e firma leggibile)

Il presente certificato viene prodotto in duplice copia, una per l'interessato e una per il medico certificatore. La copia deve essere disponibile, insieme alla copia della documentazione clinica, per ogni controllo da parte degli enti preposti.