



CERTIFICAZIONI DI ESENZIONE ALLA VACCINAZIONE ANTI-SARS-COV-2

Il sottoscritto.....nato il.....

- Medico vaccinatore del Servizio Vaccinale dell’Azienda Sanitaria Locale di Potenza;
- Medico di Medicina Generale che opera nell’ambito della campagna di vaccinazione anti-SARS-CoV-2;
- Pediatra di Libera Scelta che opera nell’ambito della campagna di vaccinazione anti-SARS-CoV-2;

Acquisita la relativa documentazione sanitaria CERTIFICA che:

il/la Sig.re/ra.....nato/a
a.....(.....) il.....residente
a.....(.....) C.F.....è
“soggetto esente alla vaccinazione anti SARS-CoV-2”.

La presente 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.

“certificazione valida fino al _____” (validità massima fino al 30 settembre 2021);

Servizio Vaccinale anti-SARS-CoV-2 dell’Azienda Sanitaria Locale di Potenza-ASP –
Regione Basilicata

HUB Vaccinale di.....

– Timbro e firma del medico certificatore (anche digitale);

– Numero di iscrizione all’ordine o codice fiscale
