

**REGIONE** \_\_\_\_\_  
**AZIENDA SANITARIA N°** \_\_\_\_\_  
**PROVINCIA** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Certificazione di esenzione dalla vaccinazione anti-COVID19

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_  
in qualità di Medico impegnato nella campagna vaccinale anti COVID-19, che opera nell'Azienda  
\_\_\_\_\_ certifica che il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

Tale certificazione è valida per consentire l'accesso ai servizi e attività di cui al comma 1, art. 3 del  
DECRETOLEGGE 23 luglio 2021, n. 105.

**Certificazione valida fino al 30/09/2021**

\_\_\_\_\_