Azienda USL di **……………………………**

**Servizio Vaccinale Aziendale**

Si certifica che:

**cognome:**

**nome:**

**nato/a il:**

**codice fiscale:**

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

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

fino al giorno **………………………………** e comunque non oltre il 30 settembre 2021.

Dati indentificativi del medico vaccinatore

**nome cognome:**

**C.F.:**

**Timbro e firma**

**Recapito Azienda / MMG-PLS**

**n. telefono:**

**indirizzo posta elettronica:**