

**Certificazione di differimento della vaccinazione per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2**

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ (Nome e Cognome del medico)

rileva sulla base della documentazione sanitaria esibita, che

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ (Nome Cognome del paziente)

nato/a a \_\_\_\_\_ (città e sigla provincia)

il \_\_\_\_\_ (data di nascita) presenta specifiche condizioni cliniche documentate, che controindicano in maniera temporanea l'esecuzione della vaccinazione.

Il differimento è limitato al periodo di tempo necessario per le indagini diagnostiche strumentali di accertamento che si rendono necessarie alla luce delle predette specifiche condizioni cliniche documentate.

Il/La sig./sig.ra è stato/a adeguatamente informato/a sulla necessità di continuare a mantenere le misure di prevenzione quali: usare le mascherine, distanziarsi dalle persone non conviventi, lavare le mani, evitare assembramenti in particolare in locali chiusi, rispettare le condizioni previste per i luoghi di lavoro e per i mezzi di trasporto.

Certificazione valida fino al \_\_\_\_\_ (indicare la data)

– Timbro e firma del medico;

– Numero di iscrizione all'ordine o codice fiscale del medico