



ESENZIONE VACCINALE ANTI Covid-19

Spett. Azienda Sanitaria di _____

Via _____ pec

Al Direttore del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica

Via _____ pec

Al Direttore del servizio di medicina Legale

Via _____ pec

Al Responsabile Hub Vaccinale e/o Centro Vaccinale

Via _____ pec

IL/LA sottoscritto/a _____ c.f. _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ cap _____ Via _____

Tel. N. _____ email _____

CHIEDE

Accertamento sanitario per l'esenzione dall'obbligo vaccinale anti Covid 19.

A _____ tal _____ fine _____ si _____ allega _____ la _____ seguente
documentazione: _____

In attesa della valutazione sulla richiesta e degli accertamenti diagnostici da effettuare, anche per quanto concerne le interazioni farmacologiche, la/il sottoscritto **chiede il rilascio di esenzione provvisoria essendo necessaria per l'esercizio del diritto al lavoro.** Consapevole di dover utilizzare tutte le misure di prevenzione alle quali sin da ora dichiara di continuare ad attenersi come indicato nella circolare del Ministero della Salute n.35309 04.08.2021 pag.3 -

- Copia del documento di identità
- Tutta la documentazione sanitaria (cartelle cliniche, lettere di dimissioni, esami etc. indicazione della Terapia farmacologica in uso o farmaci di uso comune utilizzati all'occorrenza)

Luogo e data

Firma