# Si attesta che il Sig. …………………………………………………………………………………

# Cod. Fiscale …………………………………………………………., iscritto nell’elenco dei propri assistiti, in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate e nel rispetto delle circolari del Ministero della Salute in materia di esenzione della vaccinazione anti-Covid-19, **presenta una situazione di accertato pericolo per la salute che lo esenta dalla vaccinazione anti SARS-COV2**

#  Permanentemente

#  Temporaneamente, fino al ………/………/………….

# ……………………………………..li, ………./………./…………

#  Dott. ……………………………………………………

# (Timbro, Firma, Codice regionale, N° iscrizione Ordine)