**CARTA INTESTATA DEL MEDICO DI FAMIGLIA O DELLA STRUTTURA CHE RILASCIA LA CERTIFICAZIONE**

Si certifica che il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**è esente dalla 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 30 settembre 2021.

Luogo, data del rilascio

In fede

FIRMA