

INVIARE A: copv.covid@asl.vt.it

|  |
| --- |
| **CATEGORIE ESTREMAMENTE VULNERABILI****CERTIFICAZIONE** |

IL sottoscritto dott.

In quanto MMG/PLS

Specialista di riferimento

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome Nome | Data Nascita | Codice Fiscale  | Telefono | Area di patologia che consenta l’inclusione |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Certifico che le stesse sono eleggibili alla vaccinazione con vaccini a mRNA in quanto rispondono ai criteri indicati nel Piano Nazionale e nell’ Allegato 3 della circolare del Ministero della Salute n. 0005079 del 09/02/2021 per le categorie estremamente vulnerabili.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Timbro e Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_