

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 _____

Inviare a copv.covid@asl.vt.it