

Vaccinazione COVID-19

Certificazione di persona a contatto con **persona vulnerabile non vaccinata**

Persona vulnerabile in cura dal medico sottoscritto:

Cognome

Nome

Data di nascita

.....

Persona a stretto contatto con la persona vulnerabile:

Cognome

Nome

Data di nascita

.....

Relazione con la persona vulnerabile

.....

Ho preso atto che la strategia vaccinale prevede la vaccinazione prioritaria delle persone a stretto contatto con una persona vulnerabile **ad alto rischio** non vaccinata.

Con la presente confermo che la persona vulnerabile in questione è in mia cura e che – per motivi medici o per altre ragioni - non ha potuto essere vaccinata.

Certifico inoltre che la persona sopramenzionata abita nella stessa economia domestica del/la mio/a paziente (es. coniuge, partner, membro della famiglia, colocatario) o vi si reca con regolarità come familiare curante o come personale di assistenza, per cui qualifica per un accesso prioritario al vaccino.

Luogo, data: Firma e timbro medico:.....