

(carta intestata del MMG/PLS)

Il/la sottoscritto/a dott.ssa _____

con la presente attesta che il minore _____, proprio assistito, nato/a a _____ il ___ / ___ / ___ presenta necessità di.

- omissione (1)
- differimento sino al ___ / ___ / '___ (1)

dalla vaccinazione obbligatoria contro la seguente malattia infettiva _____

in quanto è in atto un pericolo, da me accertato, per la sua salute in seguito a specifiche condizioni cliniche documentate coerentemente con le indicazioni fornite dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità nella relativa “Guida alle contrindicazioni alla vaccinazioni “ consultabile sul portale istituzionale del Ministero della Salute.

La presente attestazione viene rilasciata esclusivamente per gli usi ed agli effetti di cui alla Legge 31 luglio 2017, n.119.

_____ li ___ / ___ / '___

(timbro e firma)

(1) Cancellare la voce che non ricorre