

Timbro con codice regionale del
Medico di Medicina Generale

Certificato medico

Si certifica che la/il mia/o assistita/o Signora/Signor _____

nata a _____ il _____

deve differire la somministrazione della vaccinazione anti Covid-19 fino al giorno

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Luogo _____ data _____

Firma _____