

Mittente

Nome e Cognome _____

Via _____, n. ____

CAP _____ - CITTA' _____

Egr.

Dott. _____

Via _____, n. ____

CAP _____ - CITTA' _____

PEC o raccomandata a/r

Spett.le

Azienda Sanitaria Locale

Via _____, n. ____

CAP _____ - CITTA' _____

PEC o raccomandata a/r

Oggetto: (Nome –cognome Danneggiato) c/ Medico di base /medico vaccinatore – Azienda Sanitaria Locale - DIFFIDA E MESSA IN MORA ai fini del conseguimento della certificazione di esenzione dalla vaccinazione anti SARS – CoV - 2 per l'accesso ai servizi e le attività di cui al comma 1, art. 3 D.L. 23/07/2021, n. 105, convertito in L. 16 settembre 2021, n. 126).

Il sottoscritto, nato a.... residente in... (etc.), avendo una grave patologia (spiegare quale), come si evince dalla certificazione medica che si allega alla presente, ha diritto all'esenzione dalla vaccinazione ai sensi dell'art. 3, comma 1, D.L. 105/2021, conv. in L. 16 settembre 2021, n. 126.

In ragione ciò, si invita e diffida **il dott.** all'immediato rilascio della certificazione di esenzione, con espressa avvertenza che, in difetto, lo stesso sarà ritenuto responsabile dei danni alla salute derivanti dalla vaccinazione nonché di ogni relativa conseguenza patrimoniale e penale.

Allegato:

certificazione medica

Distinti saluti

Luogo e data

Firma