

AVVISO

RICHIESTA DI ESENZIONE ALLA VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 PER I RESIDENTI NELLA ASL ROMA 2

(ai sensi Circ. Min. Sal. 0035309-04/08/2021 e s.m.i. e DL n. 167 del 26.11.2021 e del DL n. 1 del 07.01.2022)

MODALITÀ:

- Collegarsi al portale Asl Roma 2
- Accedere alla sezione “servizi on-line”
- Nell’ “area per i cittadini” registrarsi nella sezione “Portale Vaccini”
- Una volta completata la registrazione sarà possibile compilare la domanda di esenzione allegando un certificato del **proprio** Medico di Medicina generale come da fac-simile allegato

IL RICHIEDENTE POTRÀ RICEVERE DA PARTE DELLA ASL:

- il certificato di esenzione o differimento della vaccinazione anticovid in formato digitale;
- o una richiesta di integrare la documentazione ed eventualmente una convocazione a visita medica;
- o il provvedimento di diniego della richiesta.

Si precisa:

- ✓ *La certificazione di esenzione alla vaccinazione anti SARS-COV-2 viene rilasciata nel caso in cui la vaccinazione stessa venga omessa o differita per la presenza di specifiche condizioni cliniche documentate, che la controindichino in maniera permanente o temporanea in quanto si configura un accertato pericolo per la salute in caso di vaccinazione.*
- ✓ *che i dati personali e appartenenti alle categorie particolari di cui al Regolamento 679/2016/UE dei richiedenti saranno trattati conformemente alla normativa vigente solo per la gestione del procedimento sopra descritto.*

**CERTIFICAZIONE DELLE CONDIZIONI CLINICHE PER PROPORRE L'ESONERO O IL
DIFFERIMENTO ALLA VACCINAZIONE ANTI-COVID-19**

(Ai sensi dell'art 1 comma 2 D.L. 07/01/2022)

Ai fini del riconoscimento da parte della ASL della condizione di omissione o differimento della vaccinazione anti-SARS CoV-2 di cui all' art. 1 comma 2 D.L. 07/01/2022, certifico che **il mio** assistito/a:

Nome.....Cognome.....

Codice fiscale
.....

È affetto dalle seguenti "specifiche condizioni cliniche documentate" (conservate agli atti e che potranno essere esibite in caso di verifiche), a causa delle quali è stato **accertato un pericolo per la salute** nel caso di vaccinazione anti SARS-CoV-2:

- Ipersensibilità al principio attivo (per tutti i vaccini)
- Gravidanza primo trimestre - u.m. in data ____/____/____
- Soggetto che ha partecipato alla sperimentazione di vaccini anti COVID-19
- Condizione clinica in atto come da linee guida (max 30 giorni, rinnovabile). Specificare _____
- Terapia in atto come da linee guida (max 30 giorni, rinnovabile). Specificare _____
- Altro: _____

Per tali condizioni **si propone** che sia:

- ESONERATO/A**
- DIFFERITO/A FINO AL (gg/mm/aaaa) ____/____/____**

Data e Luogo

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale
dell'assistito