



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Il Presidente

COMUNICAZIONE N. 13

**AI PRESIDENTI DEGLI ORDINI PROVINCIALI
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI**

**AI PRESIDENTI DELLE COMMISSIONI DEGLI
ISCRITTI AGLI ALBI DEI MEDICI**

**AI PRESIDENTI DELLE COMMISSIONI DEGLI
ISCRITTI AGLI ALBI DEGLI ODONTOIATRI**

LORO SEDI

Oggetto: modello certificato medico di esenzione- decreto-legge 26 novembre 2021, n.172

Facendo seguito alla riunione in videoconferenza dove si sono approfonditi molti aspetti relativi agli adempimenti rivenienti dalle disposizioni del dl n.172/2021 in merito alle sospensioni dei sanitari inadempienti con l'obbligo vaccinale si allega alla presente un modello di certificato medico di esenzione o differimento perfezionato alla luce della pronuncia della recente sentenza del Consiglio di Stato n. n. 09948/2021 del 20/12/2021 che ha messo in evidenza i requisiti imprescindibili senza i quali la certificazione del MMG non assolve la funzione esonerativa.

Nello specifico nella certificazione in oggetto si deve dare riscontro:

- Delle specifiche condizioni cliniche che devono essere documentate al MMG e conservate da quest'ultimo nel fascicolo personale dell'assistito
- Del pericolo della salute dell'interessato che deve essere accertato dal MMG

Ringraziando tutti voi per l'eccezionale impegno profuso nel momento contingente colgo l'occasione per inviarvi i più cordiali saluti

IL PRESIDENTE
Filippo Anelli

All.1

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U. 445/2000 e del D. Lgs. 82/2005.

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Via Ferdinando di Savoia, 1 – 00196 Roma – Tel. 06 36 20 31 Fax 06 32 22 794 – e-mail: presidenza@fnomceo.it – C.F. 02340010582

Si attesta che il Sig.

Cod. Fiscale, iscritto nell'elenco dei propri assistiti, in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate e nel rispetto delle circolari del Ministero della Salute in materia di esenzione della vaccinazione anti-Covid-19, **presenta una situazione di accertato pericolo per la salute che lo esenta dalla vaccinazione anti SARS-COV2**

Permanentemente

Temporaneamente, fino al/...../.....

.....li,/...../.....

Dott.

(Timbro, Firma, Codice regionale, N° iscrizione Ordine)