Luogo e data

**Al Medico di Medicina Generale**

**Oggetto: richiesta di certificazione medica e di prescrizione relativamente ad uno dei “vaccini Covid-19”.**

Il sottoscritto ……………………………nato a ……………………….. il …………………………………, C.F……………………., residente in …………………………………………….. quale soggetto obbligato a sottoporsi alla vaccinazione ai fini della prevenzione dell’infezione dal virus Sars-CoV-2, rappresenta che

* i vaccini in questione sono stati autorizzati con decisione della Commissione Europea all’immissione in commercio condizionata di cui agli articoli 3 e 14-bis del Regolamento CE n.726/2004;
* tale ultima disposizione prevede che il medicinale immesso condizionatamente in commercio debba apportare un **“sostanziale vantaggio terapeutico” al “paziente” affetto dalla patologia trattata con il farmaco** e che **tale beneficio debba essere superiore ai possibili rischi**;
* l’uso del farmaco autorizzato condizionatamente è, dunque, espressamente subordinato una **valutazione specifica,** rispetto a ciascun individuo, dell’opportunità della sua somministrazione e della positività del rapporto rischi-benefici, secondo quanto previsto dal Regolamento comunitario cit., norma di rango superiore direttamente applicabile anche in deroga alla normativa interna con essa eventualmente confliggente;
* a tal fine e per tale motivo è stata richiesta la **prescrizione medica**, quale presupposto indefettibile alla somministrazione del farmaco, con tutte le conseguenze del caso in termini di assunzione delle relative responsabilità (cfr. Allegato II punto B della decisione della Commissione Europea di autorizzazione condizionata di immissione in commercio dei predetti farmaci).

In ragione di ciò, lo scrivente Le

**Chiede**

**di attestare**, sotto la sua responsabilità:

1. che il sottoscritto deve **necessariamente** sottoporsi a vaccino, trattandosi di soggetto che non riuscirebbe in alcun diverso modo a superare positivamente la malattia in caso in contagio;
2. che il sottoscritto otterrà un ***sostanziale vantaggio terapeutico*** dalla somministrazione dei cd. Vaccini anti covid-19, **non diversamente perseguibile** con la somministrazione di diversi prodotti o in assenza di trattamento e sarà, quindi, **protetto sia dal contagio sia dalle forme sintomatiche, più o meno gravi, della malattia;**
3. che il sottoscritto **non** deve effettuare alcun tipo di accertamento diagnostico prima della somministrazione del vaccino anti Covid-19;
4. che, essendo perfettamente a conoscenza di tutti i rischi connessi all’uso dei vaccini anti covid-19 ed avendoli approfonditamente analizzati, **garantisce che il sottoscritto non correrà alcun tipo di rischio per effetti avversi dalla somministrazione dei cd. Vaccini anti covid-19, né a breve termine, né a medio/lungo termine**.

Nel rammentare il dovere di adempimento degli atti d’ufficio, il sottoscritto Le chiede, unitamente alla positiva ed **espressa** certificazione dei precedenti punti, la trasmissione della **prescrizione medica** al medesimo riferita ai fini della somministrazione di uno dei vaccini anti Covid-19 disponibili sul territorio nazionale, ovvero l’indicazione dei motivi ostativi al rilascio della certificazione e della prescrizione richieste.

Chiede di provvedere alla trasmissione di quanto sopra entro e non oltre giorni ……………. dal ricevimento della presente, attesa l’urgenza derivante dall’imminente scadenza del termine per l’ottemperanza dell’obbligo vaccinale imposto dallo Stato, il cui decorso determina la perdita del diritto al lavoro, alla retribuzione ed al sostentamento proprio e della propria famiglia.

Distinti saluti

Firma