

**CERTIFICATO SANITARIO
AL FINE DI PRESENTAZIONE DOMANDA PER FREQUENZA
IN AZIENDA ULSS 9 SCALIGERA**

Si certifica che il Sig....., nato a

ilresidente a

C.A.P.in Vian.

1. Risulta immune, sulla base dei risultati di specifiche indagini sierologiche o sulla base di pregressa vaccinazione, alle seguenti patologie infettive trasmissibili:

- | | | |
|--------------|---|--|
| - Morbillo: | ☐ immunità vaccinale | ☐ positività riscontrata attraverso indagini sierologiche |
| - Varicella: | ☐ immunità vaccinale | ☐ positività riscontrata attraverso indagini sierologiche |
| - Rosolia: | ☐ immunità vaccinale | ☐ positività riscontrata attraverso indagini sierologiche |
| - Parotite: | ☐ immunità vaccinale | ☐ positività riscontrata attraverso indagini sierologiche |
| - Epatite B: | ☐ immunità vaccinale | ☐ positività riscontrata attraverso indagini sierologiche |
| - SARS-CoV2 | ☐ immunità vaccinale | |

Diversamente, non risultando immune, è stato sottoposto a vaccinazione per:

- | | |
|--------------|--------------------------|
| - Morbillo: | data vaccinazione |
| - Varicella: | data vaccinazione |
| - Rosolia: | data vaccinazione |
| - Parotite: | data vaccinazione |
| - Epatite B: | data vaccinazione |
| - SARS-CoV2 | data vaccinazione |

(oppure è "soggetto esente alla vaccinazione anti SARS-CoV-2 per il seguente motivo
(riportare uno dei motivi indicati dalla Circolare del Ministero della Salute prot. 0035309 del 04/08/2021):

2. In riferimento all'infezione da *Mycobacterium tuberculosis*,
il soggetto sopra indicato ha effettuato il seguente esame:

☐ Test Mantoux con esito: ☐ negativo ☐ positivo, (effettuato in data.....)
in caso di positività, ha effettuato:
☐ Rx torace / ☐ altro esame radiologico:.....
(effettuato in data.....):
con esito:

o in alternativa:

☐ Test IGRA (ad es: test Quantiferon o Elispot)
con esito: ☐ negativo ☐ positivo, (effettuato in data.....)
in caso di positività, ha effettuato:
☐ Rx torace / ☐ altro esame radiologico:.....
(effettuato in data.....):
con esito:

3. sulla base della visita da me effettuata ed in riferimento a quanto sopra:

**NON PRESENTA CONTROINDICAZIONI IN ATTO PER LA FREQUENZA IN AMBITO
OSPEDALIERO E/O IN AMBITO TERRITORIALE**

Dott.(TIMBRO E FIRMA).....

Luogo e data