\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \*\* marzo 2022

|  |
| --- |
| All’Ordine Medici Veterinari di \_\_\_\_\_\_\_\_  S E D E |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oggetto:** | **Istanza di cessazione della sospensione dall’esercizio delle professioni sanitarie ex Art. 8** **del** **DECRETO-LEGGE 24 marzo 2022, n. 24** |

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………………, n. ……… di iscrizione all’Albo, residente in …………………………… (……), alla via/piazza ………………………………………………………… c.a.p. ………………

**visto**

che ai sensi dall’art. 8 del DECRETO-LEGGE 24 marzo 2022, n. 24: *“In caso di intervenuta guarigione l’Ordine professionale territorialmente competente, su istanza dell’interessato, dispone la cessazione temporanea della sospensione, sino alla scadenza del termine in cui la vaccinazione è differita in base alle indicazioni contenute nelle circolari del Ministero della salute. La sospensione riprende efficacia automaticamente qualora l’interessato ometta di inviare all’Ordine professionale il certificato di vaccinazione entro e non oltre tre giorni dalla scadenza del predetto termine di differimento.”*;

**chiede**

a Codesto Ordine di disporre la cessazione temporanea della sospensione dall’esercizio delle professioni sanitarie di cui all’art. 4, comma 4, DL 44/2021, convertito, con modificazioni, dalla l. 76/2021 e ss.mm.ii., ed a tal fine

**dichiara**

1. **a)** *(scegliere una delle alternative, compilare e allegare documentazione comprovante quanto dichiarato\*)*
2. □ di non aver effettuato alcuna delle dosi della vaccinazione obbligatoria anti-SARS-CoV-2;
3. □ che in data …/…/…… ha effettuato la dose unica della vaccinazione obbligatoria anti-SARS-CoV-2;
4. □ che in data …/…/…… ha effettuato la prima dose della vaccinazione obbligatoria anti-SARS-CoV-2, senza poi eseguire la dose di completamento del ciclo vaccinale primario;
5. □ che in data …/…/…… ha effettuato la prima dose della vaccinazione obbligatoria anti-SARS-CoV-2, e in data …/…/…… ha eseguito la dose di completamento del ciclo vaccinale primario;
6. **b)** *(compilare e allegare documentazione comprovante quanto dichiarato\*)*

che in data …/…/…… ha contratto l’infezione da SARS-CoV-2 ed in data …/…/…… ne è guarito;

1. **c)** di aver compreso che la cessazione temporanea della sospensione incide sugli effetti della sospensione dall’esercizio delle professioni sanitarie ma non osta all’accertamento dell’inadempimento dell’obbligo vaccinale;
2. **d)** di aver compreso che, qualora la presente istanza dovesse essere accolta, la sospensione dall’esercizio delle professioni sanitarie riprenderà efficacia automaticamente qualora il sottoscritto non provveda a trasmettere all’Ordine il certificato di vaccinazione entro e non oltre tre giorni dalla scadenza del termine in cui la vaccinazione è differita in base alle indicazioni contenute nelle circolari del Ministero della salute;
3. **e)** di aver compreso che, ove si realizzasse quanto indicato al punto precedente, l’Ordine non provvederà a diramare altre comunicazioni (ove presente, neanche al datore di lavoro), ma si limiterà ad aggiornare l’annotazione della sospensione sull’Albo

Luogo/data …………………, ……/……/…………

Sottoscrizione ………………………………………

\* Per le informazioni sul trattamento dei dati si rinvia all’informativa resa *ex* artt. 13 e 14 Reg. UE 2016/679 per le procedure di cui al DL 44/2021.