

Certificato per:

# Utilizzo mascherine protettive naso-bocca

Con la presente certifico,

---

Nome del medico in lettere maiuscole / timbro

che

---

Nome, cognome

---

Data di nascita

è esente dall'indossare una copertura naso e bocca (mascherina protettiva) per motivi di salute. Tuttavia la persona sopra indicata è idonea a volare.

**Questo documento è valido solo se accompagnato ad un test molecolare COVID-19 negativo (test RT-PCR / tampone nasofaringeo).**

---

Luogo, data

---

Firma del medico