

**Istanza di cessazione della sospensione dall'esercizio delle professioni sanitarie  
ai sensi dell'art. 8 DL 24/2022**

Il/La sottoscritto/a ....., n. iscrizione ..... albo/elenco speciale ad esaurimento ..... residente in ..... (.....), via/piazza ..... c.a.p. ....

**visto**

che ai sensi dell'art. 8 DL 24/2022 *“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., e a tal fine

**dichiara**

a) *(scegliere una delle alternative, compilare e allegare documentazione comprovante quanto dichiarato\*)*

- di non aver effettuato alcuna delle dosi della vaccinazione obbligatoria anti-SARS-CoV-2;
- che in data .../.../..... ha effettuato la dose unica della vaccinazione obbligatoria anti-SARS-CoV-2;
- che in data .../.../..... ha effettuato la prima dose della vaccinazione obbligatoria anti-SARS-CoV-2, senza poi effettuare la dose di completamento del ciclo vaccinale primario;
- che in data .../.../..... ha effettuato la prima dose della vaccinazione obbligatoria anti-SARS-CoV-2, e in data .../.../..... ha effettuato la dose di completamento del ciclo vaccinale primario;

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;

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;

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;

e) di aver compreso che, in caso di accoglimento della presente istanza, l'Ordine non provvederà a darne comunicazione al datore di lavoro ma si limiterà ad aggiornare l'eventuale annotazione della sospensione sull'albo.

Luogo/data ....., ...../...../.....

Sottoscrizione .....