Certificato medico (esempio)  
**per persone particolarmente a rischio secondo l'articolo 27*a* dell’ordinanza 3 COVID-19 (818.101.24)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Medico curante** | **Datore di lavoro** |
| Persona particolarmente a rischio (cognome, nome, data di nascita, indirizzo) | |
|  | |
| Conferma | |
| Con il presente certificato confermo che la suddetta persona è abile al lavoro, ma rientra tra le persone particolarmente a rischio secondo l’articolo 27*a* capoverso 10 sgg dell’ordinanza 3 COVID‑19.  Confermo inoltre che la suddetta persona può comprovare motivi particolari secondo il capoverso 6. | |
| Osservazioni | |
|  | |
| Il datore di lavoro ha l’obbligo di proteggere i lavoratori particolarmente a rischio secondo l’articolo 27*a* dell’ordinanza 3 COVID‑19 . | |
| Luogo e data | Firma e timbro del medico |