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  |