Директору

\_\_\_\_ (наименование ю/л)

от \_\_\_\_ (наименование должности)

ФИО

\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата)

Объяснительная записка

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО), в соответствии со ст. 5, п. 3 ст. 11 Федерального закона от 17.09.1998 N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней", сообщаю об отказе от проведения вакцинации против новой коронавирусной инфекции COVID-19, поскольку имею медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок против новой коронавирусной инфекции COVID-19, что подтверждается Справкой о наличии медицинских противопоказаний к вакцинации, выданной \_\_\_\_\_\_\_ (наменование медицинского учреждения).

Приложение: Справка о наличии медицинских противопоказаний к вакцинации N\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_ (дата).

\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)