



N

---

Сертификат  
о профилактических прививках против новой коронавирусной инфекции  
(COVID-19) или медицинских противопоказаниях к вакцинации и (или)  
перенесенном заболевании, вызванном новой коронавирусной инфекцией  
(COVID-19)

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Дата рождения (день, месяц, год) \_\_\_\_\_

Пол (мужской/женский) \_\_\_\_\_

Сведения о документе, удостоверяющем личность \_\_\_\_\_

Дата формирования сертификата (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

---