DECLARAÇÃO

_____,
(nome)

RG._____, _____, _____,
(RG) (nacionalidade) (estado civil)

residente à _____, com base no artigo 1º do Decreto nº 64.864/2020, que dispõe sobre a adoção de medidas adicionais, de caráter temporário e emergencial, de prevenção de contágio pelo COVID-19, declaro me enquadrar no seguinte quadro de saúde:

( ) imunodeprimidos (receptor de transplante/implante, queimado, portador de HIV).

( ) em tratamento oncológico.

( ) doença autoimune: _____.

( ) gestante.

( ) doença respiratória crônica: _____.

( ) cardiopata.

( ) Diabetes.

( ) Hipertensão.

( ) outras afecções que deprimam o sistema imunológico: _____

_____.

Declaro ainda, estar ciente de que as informações que estou prestando são de minha inteira responsabilidade.

_____, ____ de _____de _____.
(local e data)

_____

Assinatura