

Declaração de Profissional Autônomo da Saúde

Eu, _____ RG ____ CPF _____ registrado no Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco sob o número CRO/PE n _____ residente e domiciliado na Rua/AV _____, na cidade de Recife, estado de Pernambuco, declaro para os fins de vacinação da COVID-19, que sou profissional autônomo da área da saúde, exercendo atividade profissional no Município do Recife.

Declaro ainda, verdadeiras as informações acima prestadas sobre sob pena de caracterização de ação penal.

Recife, __ de __ de 2021.

Assinatura

Cirurgião-Dentista, CRO/PE