



Eu, \_\_\_\_\_, dependente/inscrito sob a OABRS de nº \_\_\_\_\_, declaro não estar sob suspeita de Covid-19, bem como não possuo sintomas gripais, estando apto para receber o gesto vacinal da H1N1.

Assinatura:

Local e data:



Eu, \_\_\_\_\_, dependente/inscrito sob a OABRS de nº \_\_\_\_\_, declaro não estar sob suspeita de Covid-19, bem como não possuo sintomas gripais, estando apto para receber o gesto vacinal da H1N1.

Assinatura:

Local e data:



Eu, \_\_\_\_\_, dependente/inscrito sob a OABRS de nº \_\_\_\_\_, declaro não estar sob suspeita de Covid-19, bem como não possuo sintomas gripais, estando apto para receber o gesto vacinal da H1N1.

Assinatura:

Local e data: