

DECLARAÇÃO

Pela presente declaro, sob as penas da lei, que não estou sob suspeita de contaminação por COVID-19, bem como não apresento sintomas gripais, estando, pois, apto a receber a vacina contra a gripe.

Local e data: _____

Nome completo: _____

Nº de inscrição na OAB (ou documento de identificação ou CPF):

Assinatura: _____