

Entrada n.º _____
em mão correio
____/____/____

DECLARAÇÃO

Eu, _____, declaro que sou a única pessoa capaz de assistir na sua doença, (grau de parentesco) _____, (nome) _____, conforme previsto na alínea e) do nº 2 do art. 134º da Lei n.º 35/2014 de 20 de junho.

Santa Cruz das Flores, _____, _____ de _____

Tomada de conhecimento do conselho executivo:

____/____/____ Assinatura: _____