

DÉCLARATION

En application de l'alinéa c) du numéro 1 de l'article 4 et de l'alinéa i) du numéro 7 du Décret Réglementaire Régional n ° 11/2001/A du 10 septembre, dans sa rédaction actuelle, je déclare que _____
(identification de l'intéressé), titulaire de la carte d'identité n.º _____ ou
du passeport n.º _____, avec l'adresse e-mail _____ -
_____ et le contact téléphonique, _____, qui a atterri à _____,
île de _____, le ____ du mois de _____ de 2020, peut, dans
un délai maximum de 3 jours, voyager par avion vers l'extérieur de la Région, en
vue de leur rapatriement.

Il est conseillé d'effectuer une quarantaine à destination.

*L'autorité Municipale de Santé _____

(Nom de L'autorité Municipale de Santé)

(Signature)

_____ / _____ / 2020

* à remplir par l'autorité Municipale de Santé

Envoyer à: Rui.CT.Carreiro@azores.gov.pt