**Declaração de suspensão da atividade**

**Minuta**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (nome profissional) titular do cartão do cidadão\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nº..., contribuinte nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_., médico (a) dentista, titular da cédula profissional nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, emitida pela Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), com domicílio profissional em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a exercer funções na (s) Clínica (s)\_\_\_\_\_\_\_\_ /consultório ..., sita(s) na ..., licenciada (s) e registada(s) na Entidade Reguladora da Saúde, declaro sob compromisso de honra, nos termos e para os efeitos do disposto no artigo 26º do Decreto-Lei nº 10-A/2020, de 13.03.2020 -  *publicado* *no Diário da República n.º52/-2020, 1º Suplemento, Série I, de 13 de março de 2020* - , que estabelece medidas excecionais e temporárias relativas à situação epidemiológica do novo Coronavírus — COVID-19, que suspendi o exercício de atividade de medicina dentária, na (s) clínica (s) acima (s) indicada (s), desde\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_----------------------------------------------------

Por corresponder à verdade, a mesma vai por mim assinada,-------------

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Assinatura cfr. cartão de cidadão)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Localidade), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(data)------------------------------