**И З Ј А В А**

Јас долупотпишаниот/ната \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, со живеалиште на ул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ во \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и ЕМБГ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ИЗЈАВУВАМ дека не се согласувам со предвидените мерки за задолжително носење маска на лицето, од причина што не постојат научни докази кои покажуваат дека маската заштитува од ковид – 19, односно одлуката е заснована на непознати извори. Исто така, носењето на маска го нарушува дотокот на кислород во организмот и штетно влијае на моето здравје.

Изјавата ја давам своеволно, неприсилен/а од никој и ја потпишувам и заверувам на Нотар.

ИЗЈАВУВА

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_