**DECLARAÇÃO**

Eu, **Dr. Túlio Nogueira Valente Marins Diretor Clínico e Dr. Eliseu Albertin Teixeira**, **Diretor Técnico do Complexo de Saúde São João de Deus** declaramos que aceitamos a realização da pesquisa do projeto intitulado “..............................................................................................................................................................................................” a ser coletada pelo(a) aluno(a)…................................., matriculado(a) no curso de …............................................... da Universidade ….................................. .

A pesquisa será realizada em local oferece conforto ao sujeito de pesquisa e garante a privacidade e confidencialidade das informações coletadas. Esta pesquisa terá início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São João de Deus.

Divinópolis,......... de................... de 20\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| **Dr. Eliseu Albertin Teixeira**  Diretor Técnico  Fundação Geraldo Corrêa | **Dr. Túlio Nogueira Valente Marins**  Diretor Clínico  Fundação Geraldo Corrêa |