**DECLARAÇÃO**

Eu,….............................................................Chefe de Clínica de ......(Clinica a qual se refere)...........................................do Complexo de Saúde São João de Deus declaro que aceito 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\_\_\_\_.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Nome)**

Chefe de Clínica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fundação Geraldo Corrêa