humanitas
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA E INFRAESTRUTURA

São José dos Campos, / /20 .

Prezado Senhor,

Eu, **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** (**nome da autoridade máxima do local que você deseja autorização)** diretor ou responsável **(inserir o cargo do responsável)** pelos serviços do **(inserir o nome do local que você deseja autorização**, declaro que concordo a fim de viabilizar o desenvolvimento do projeto de pesquisa **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX,** sob a responsabilidade do(s) pesquisador(es) Prof (a) **XXXXXXXXXXXXXXX**, que o **(inserir o nome do local que você deseja autorização)**, apresenta infraestrutura necessária para a realização da pesquisa e que o(s) pesquisador(es) acima citado(s) está(ão) autorizado(s) a utilizá-la.

De acordo e ciente,

_____

Assinatura e carimbo da autoridade máxima da instituição na qual você deseja autorização.