



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**  
**NEPEM**



**DECLARAÇÃO**

Declaro que tenho CIÊNCIA e AUTORIZO a execução do projeto de pesquisa: **“Título do estudo”**, a ser conduzido pelo pesquisador **“Nome do pesquisador responsável (ATENÇÃO: SE FOR ALUNA(O) DEVERÁ CONSTAR O NOME PROFESSORA(O) E ALUNA(O)”**, **“Formação atual”**, **“Curso e ou programa vinculado e instituição proponente do pesquisador”**, junto a esta Secretaria Municipal da Saúde. Declaro ainda que conheço, cumprirei e farei cumprir os requisitos da Resolução/CNS nº 466/12 de 12/12/12 (Publicada no DOU nº 12 de 13/06/13 – seção 1 pág.59).

Destacamos que o início deste projeto de pesquisa fica vinculado à apresentação do Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem ao Núcleo de Educação Permanente - NEPEM e a expedição de Ofício do gestor Local.

Marília, **(Deixar em branco)**

---

Paloma Aparecida Libanio Nunes  
Secretária Municipal de Saúde de Marília