

## CABEÇALHO DA INSTITUIÇÃO DO ORIENTADOR DA PESQUISA

Logo, endereço e contatos referentes à instituição.

### TERMO DE COMPROMISSO

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG: \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_ (ocupação  
atual) \_\_\_\_\_, residente a rua  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_,  
pretendo desenvolver trabalho de pesquisa  
intitulado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nas dependências da (**local onde será desenvolvido o projeto**) de âmbito desta Secretaria de Saúde. Outrossim, firmo o compromisso que no prazo de 30 dias, após a finalização do referido trabalho, disponibilizarei cópia impressa da versão final para o Núcleo de Educação Permanente – NEPEM e uma cópia virtual da versão final (em formato PDF) para o e-mail: [nepem@marilia.sp.gov.br](mailto:nepem@marilia.sp.gov.br). Estou ciente que o NÃO cumprimento deste compromisso, inviabilizará meus futuros projetos científicos em parceria com esta Secretaria Municipal da Saúde.

**(Cidade da instituição proponente, dia/mês/ano)**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do pesquisador responsável**

**Nome:**  
**Telefone:**  
**E-mail:**